

**L'APPROCHE CULTURELLE
DE LA PREVENTION ET DU TRAITEMENT
DU VIH/SIDA**

PROJET UNESCO/ONUSIDA

**Femmes migrantes et VIH/sida
dans le monde :
une approche anthropologique**

*Actes de la table ronde
organisée le 20 novembre 2004
à l'UNESCO - Paris*

Études et rapports, série spéciale, n°22
Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel
UNESCO, 2005

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position de l'UNESCO. De même, les appellations qui y sont employées et la présentation des données qui y figurent n'impliquent aucune prise de position de l'UNESCO quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant à leurs frontières et limites.

(CLT – 2005 / WS / 9)

Avant-propos

Organisée à la Maison de l'UNESCO à Paris le 20 novembre 2004, la table ronde « Femmes migrantes et VIH/sida dans le monde : une approche anthropologique » a été l'occasion d'une réflexion sur les aspects socio-culturels du VIH/sida, à partir de problématiques qui leur sont étroitement liées : les femmes et la migration.

Cette table ronde s'est inscrite dans le cadre de la campagne mondiale de l'ONUSIDA de l'année 2004, consacrée aux « Femmes, jeunes filles et VIH/sida ». En choisissant ce thème, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida souhaitait attirer l'attention sur la féminisation croissante de l'épidémie depuis ses débuts : les femmes représentent aujourd'hui la moitié des personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde, mais plus encore en Afrique subsaharienne (57%), où les taux d'infection des jeunes filles de moins de 24 ans sont particulièrement préoccupants. L'UNESCO, co-sponsor de l'ONUSIDA, a bien entendu tenu à s'impliquer pleinement dans cet effort de sensibilisation et de prévention, avec l'ambition de réduire l'impact de la maladie chez les femmes comme chez les hommes.

Le thème de la migration s'est imposé pour l'ensemble des événements organisés par l'UNESCO à l'approche de la Journée mondiale contre le VIH/sida, événements placés sous le signe de la solidarité avec l'Afrique autour de la devise : « Africain(e)s d'ici et de là-bas uni(e)s contre le sida »¹. La migration est en effet un phénomène d'importance croissante : on comptait 175 millions de migrants internationaux en 2002, soit 2.9% de la population mondiale, et 48% d'entre eux étaient des femmes². La migration accroît la vulnérabilité face au VIH/sida, du fait de l'éloignement des migrants de leurs familles et partenaires, de la pauvreté – et trop souvent de l'exploitation – qu'ils subissent, de leur statut précaire ou même illégal dans le pays d'accueil, et de l'accès limité voire impossible aux services sanitaires et à des informations médicales appropriées. À ces vulnérabilités s'ajoutent des modes de vie transformés, de nouvelles rencontres, des pratiques sexuelles modifiées, des rapports hommes/femmes remis en question : autant de bouleversements qui affectent particulièrement hommes et femmes migrants.

La table ronde « Femmes migrantes et VIH/sida dans le monde : une approche anthropologique » a rassemblé des chercheurs de haut niveau en sciences sociales, afin de susciter un échange d'analyses dans une perspective comparative, autour d'études de cas tirés de différentes régions du monde : l'Afrique de l'Ouest, l'Asie du Sud Est, le Caucase, l'Europe occidentale. Les présentations ont permis d'aborder la migration dans toute sa complexité – migration économique des femmes et des hommes, situation des partenaires restés au pays, femmes migrantes séropositives, filles d'immigrants à la deuxième génération, etc. – et de définir des pistes pour une meilleure prise en compte des besoins spécifiques de ces populations aux niveaux international, national et local. À partir de ces très riches contributions, je souhaite attirer l'attention sur un point qui me semble fondamental : la nécessité d'une approche socio-culturelle de la question du VIH/sida. Il est en effet urgent de définir, avec et pour les migrants, des programmes sur le VIH/sida qui leurs soient culturellement et linguistiquement adaptés, qui respectent l'égalité entre les sexes et répondent aux défis spécifiques que peuvent rencontrer les femmes migrantes. C'est là l'apport de l'« approche anthropologique » promue par l'UNESCO : une approche sensible à toutes les réalités sociales et culturelles, aux mécanismes de la migration, aux pratiques et au vécu des femmes en temps de VIH/sida.

¹ Organisée en coopération par l'UNESCO et Sida Info Services, cette journée de solidarité a été l'occasion de plusieurs tables rondes (droits de l'enfant, femmes migrantes, présentation de bonnes pratiques), d'expositions de photos, d'œuvres d'art et d'artisanat, et d'une soirée-spectacle avec Rokia Traoré et Meiwey.

² Organisation Internationale des Migrations (OIM). *Rapport mondial sur la migration*. Genève, OIM, 2003.

Cette approche anthropologique a été mise en œuvre depuis 1998 par le Secteur de la Culture de l'UNESCO dans le cadre de son projet conjoint avec l'ONUSIDA intitulé « L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/sida ». Cette « approche culturelle » met l'accent sur les facteurs socio-culturels liés au VIH/sida : les spécificités de l'épidémie doivent être comprises à partir des cultures locales, des croyances, des mythes et des traditions, des modes de vie, etc. Ces facteurs culturels peuvent être des obstacles à la discussion ouverte et à l'information sur le VIH/sida, à une prévention efficace. Pourtant chaque culture recèle un immense potentiel de réponses appropriées à la lutte contre la maladie – si l'on accepte de voir la culture comme une ressource infiniment riche, diverse, multiple, changeante. Outre les recherches, outils méthodologiques et projets pilotes mis en œuvre, ce projet a pour ambition de susciter le temps de la réflexion théorique sur les thèmes qui touchent au VIH/sida et d'offrir une plate forme au dialogue pour une meilleure définition des programmes et des activités de tous les acteurs engagés dans la réponse au VIH/sida¹. La table ronde « Femmes migrantes et VIH/sida dans le monde : une approche anthropologique » a pleinement répondu à ces attentes, en soulignant la portée concrète de toutes les analyses présentées et en prenant soin d'articuler recherche et action, réflexion et recommandation.

Je tiens pour finir à adresser mes plus vifs remerciements aux participants et participantes, venus souvent de loin pour prendre part à cette table ronde et nous livrer leurs réflexions. Mes remerciements vont enfin à l'Organisation Internationale des Migrations et au CRIPS Ile-de-France, qui se sont associés à l'UNESCO pour organiser cette table ronde. La mise en commun des efforts est indispensable pour répondre au VIH/sida, et je me réjouis que cet événement ait été le fruit d'une excellente coopération entre ces trois institutions.

Katérina Stenou
Directrice de la Division des politiques culturelles
et du dialogue interculturel

¹ Ainsi une réflexion anthropologique sur la question de la stigmatisation et de la discrimination a également été engagée à l'occasion d'une table ronde organisée à l'UNESCO en 2002. Les actes de cette table ronde ont été publiés dans la série spéciale de la Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel : *VIH/SIDA, stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique*. Etudes et rapports, n°20, UNESCO, 2003 (disponible en ligne à l'adresse suivante : www.unesco.org/culture/aids).

Sommaire

Avant-propos	i
Abréviations et acronymes	v
VIH/sida et migration : les données du problème	1
<i>Mary Haour-Knipe</i>	
VIH et sida.....	1
Migration.....	2
VIH/sida et mobilité.....	3
Références bibliographiques.....	4
Migration, subsistance et VIH/sida chez les femmes d’Afrique de l’Ouest	5
<i>John K. Anarfi</i>	
Le processus migratoire en Afrique de l’Ouest.....	5
Migration et vulnérabilité à l’égard du VIH/sida.....	6
Les femmes et le commerce itinérant.....	8
Observations finales et mesures suggérées.....	10
<i>Mobiliser les femmes migrantes</i>	11
<i>Lieux de mise en œuvre des programmes</i>	12
Références bibliographiques.....	13
Scénarios sexuels et déplacements : les femmes migrantes et le VIH/sida	17
<i>Malu S. Marin</i>	
Introduction.....	17
Les femmes migrantes et le VIH : les facteurs de risque.....	18
<i>Préparation au départ</i>	19
<i>Sur place</i>	20
Remèdes.....	23
<i>Constitution de réseaux sociaux</i>	23
<i>Communication avec la famille</i>	23
<i>Établissement de relations sexuelles</i>	23
Impact de la séropositivité.....	24
Recommandations.....	25
Conclusion.....	26
Références bibliographiques.....	27
Le VIH dans le Caucase : l’importance des réseaux familiaux pour la compréhension des contextes à risques pour les femmes	29
<i>Cynthia J. Buckley</i>	
Le VIH/sida dans le Sud-Caucase.....	30

La migration de main-d'œuvre du Sud-Caucase.....	32
Migration, familles et risques liés au VIH/sida	34
Implications et discussion.....	37
Références bibliographiques.....	38
Le 5^e H : de la question des femmes immigrées face au sida en France	41
<i>Sandrine Musso</i>	
Les femmes entre invisibilité et mise en accusation.....	44
<i>Les effets sociaux des théories des origines.....</i>	<i>44</i>
<i>Les maladies de femmes.....</i>	<i>45</i>
Femmes, migrations et sida en France : l'exemple des émigrations/immigrations maghrébines	46
<i>Une recherche sur le sida et l'immigration en France.....</i>	<i>48</i>
<i>Éléments d'histoire sociale de l'épidémie dans les émigrations/immigrations maghrébines : l'importance historique des contaminations liées à l'usage de drogues par voie intraveineuse.</i>	<i>48</i>
« Politics of AIDS »	49
<i>Éléments explicatifs de la surreprésentation des cas liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse</i>	<i>50</i>
<i>Les mères et l'« hécatombe »</i>	<i>51</i>
<i>L'invisibilité des femmes toxicomanes.....</i>	<i>54</i>
<i>Les stratégies familiales de prévention : les « mariages au bled ».....</i>	<i>56</i>
Les trajectoires féminines autonomes.....	58
Références bibliographiques.....	60
Conclusions.....	65
<i>Jennifer F. Klot</i>	
La migration et le VIH/sida.....	65
Priorités de recherche et d'action	66
Annexe: Bibliographie sélective	69
I. Bibliographie de documents en français	69
II. Bibliographie de documents en anglais	80
III. Sélection de sites internet.....	82

Abréviations et acronymes

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le sida

ARV : Anti-rétroviraux

CADI : Centre Anonyme de Dépistage et d'Information

CEDEAO : Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest

GONGO : « Government-Organised Non-Government Organisations »

IEC : Information Éducation Communication

IRD : Institut de Recherches sur le Développement

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non-Gouvernementale

ONUSIDA : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

Sida : Syndrome de l'Immunodéficience Acquis

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

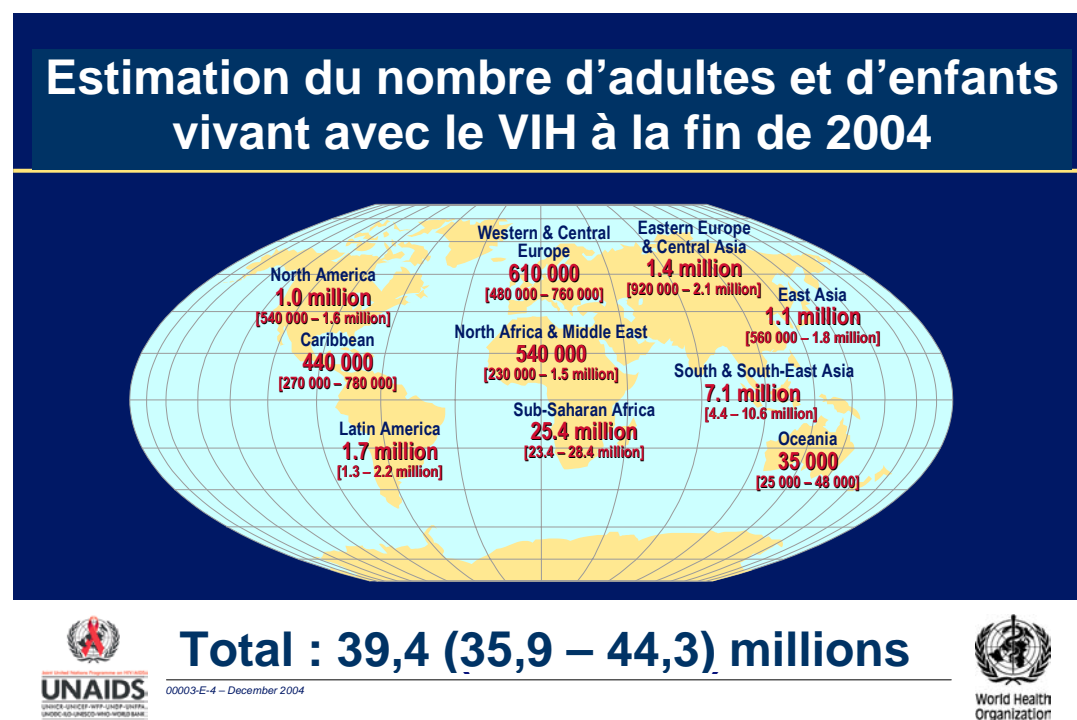
VIH/sida et migration : les données du problème

Mary HAOUR-KNIPE, Ph.D.

Conseillère principale : migration et VIH/sida
Organisation internationale pour les migrations

VIH et sida

À la fin de 2004, environ 39 millions de personnes vivaient avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou avec le syndrome de l'immunodéficience acquise (sida). Ce chiffre comprenait quelque 37 millions d'adultes et plus de 2 millions d'enfants âgés de moins de 15 ans. À peu près cinq millions de personnes ont contracté le VIH en 2004, dont environ 640.000 enfants, et quelque 3 millions de personnes en sont mortes. Environ un demi-million de ceux qui ont succombé à des maladies liées au sida étaient des enfants¹. Le VIH et le sida sont maintenant présents sur tous les continents, comme en témoignent les chiffres ONUSIDA/OMS :



Un rapport de l'ONUSIDA pour 2004 indique un certain nombre de tendances significatives de l'épidémie mondiale de sida : l'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée, avec une prévalence extrêmement élevée du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans signalée dans plusieurs régions (ONUSIDA, 2004). Les autres continents n'ont toutefois pas lieu de se réjouir. Diverses épidémies sont en cours en Asie, en Europe orientale et en Asie centrale, et en Amérique latine et dans les Caraïbes. Les efforts actuels de prévention du sida sont nettement insuffisants, même dans les régions qui sont les plus aptes à financer ces efforts :

¹ <http://www.unaids.org/en/resources/epidemiology/epicore.asp>.

21.000 personnes environ ont été nouvellement infectées en 2004 en Europe occidentale et environ 44.000 en Amérique du Nord¹.

À la fin de 2004, les femmes représentaient près de 50 % de toutes les personnes vivant dans le monde avec le VIH et le rapport de l'ONUSIDA souligne que le risque accru couru par les femmes est le reflet des inégalités entre les sexes. Dans la plupart des sociétés, les règles gouvernant les relations sexuelles sont différentes pour les femmes et pour les hommes, ces derniers détenant l'essentiel du pouvoir. Cela signifie que pour de nombreuses femmes, y compris des femmes mariées, le comportement sexuel de leur partenaire mâle est le principal facteur de risque. En Thaïlande, par exemple, une étude de 1999 a montré que 75 % des femmes infectées par le VIH l'avaient vraisemblablement été par leur mari. Près de la moitié de ces femmes ont signalé les relations sexuelles conjugales comme unique facteur de risque VIH².

Sur une note un peu plus optimiste, la riposte mondiale à l'épidémie de VIH s'est nettement développée avec l'accroissement des dépenses de prévention et de traitement et une coordination plus étroite entre organismes nationaux et internationaux³. Au cours des dernières années une thérapie d'une efficacité croissante contre les maladies causées par le VIH est apparue sous la forme d'un traitement antirétroviral (ARV) et l'accès à ce traitement s'est élargi. De fait, dans son initiative « Trois millions d'ici à 2005 », l'Organisation mondiale de la santé s'est fixée comme objectif d'assurer d'ici fin 2005 à trois millions de personnes vivant avec le VIH/sida dans des pays en développement et à moyen revenu un traitement antirétroviral susceptible de prolonger leur vie⁴.

Migration

L'Organisation internationale pour les migrations estime qu'en ce début du XXI^e siècle, une personne sur 35 dans le monde, soit environ 175 millions d'individus, sont des migrants internationaux (OIM, 2003). Quatre-vingt-six millions de personnes ont émigré pour des raisons professionnelles en 2003, dont environ 32 millions se trouvent dans des pays en développement (BIT, 2004). En outre, près de 750.000 migrants hautement qualifiés sont partis d'Afrique en Europe et en Amérique du Nord (OIM, 2003).

Les migrations forcées se poursuivent aussi : il y a eu en 2003 environ 17 millions de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, dont la grande majorité se trouve aussi dans les pays en développement (UNHCR, 2004). En raison notamment du durcissement des restrictions à l'immigration et à la migration professionnelle, il s'est aussi produit, ces dernières années, un accroissement du nombre de personnes introduites clandestinement ou victimes de trafics ; on estime que le trafic de personnes a porté sur quelque quatre millions d'individus en 2002 (OIM, 2003).

Les dix dernières années ont vu s'accroître la féminisation de la migration, les femmes représentant désormais environ 50 % du nombre total (estimé à 175 millions) de migrants dans le monde entier. En Asie, notamment, les femmes constituent maintenant la majorité des expatriés travaillant à l'étranger : elles représentent 65 % des travailleurs sri-lankais partis à l'étranger et

¹ <http://www.unaids.org/en/resources/epidemiology/epicore.asp>

² Rapport 2004 de l'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida : 4^e rapport mondial, Genève, juin 2004, p. 42.

³ Voir par exemple « Les trois principes », à savoir : un cadre d'action concerté contre le VIH/sida formant la base d'une action coordonnée entre tous les partenaires ; une autorité nationale de coordination de la lutte contre le sida dotée d'un large mandat multisectoriel et un système concerté de suivi et d'évaluation au niveau du pays. <http://www.unaids.org/en/about+unaids/what+is+unaids/unaids+at+country+level/the+three+ones.asp>

⁴ <http://www.who.int/3by5/en/>

70 % des Philippins. Un nombre croissant de migrants de la campagne vers la ville dans les pays en développement sont aussi des jeunes femmes attirées par l'augmentation des emplois offerts par l'industrie et les services dans les grandes villes, y compris des emplois de domestique (OIM, 2003).

Le nombre des migrants a augmenté, mais la configuration des migrations a aussi nettement changé au cours du quart de siècle écoulé. Les anciens pays d'origine deviennent des pays de destination, des pays d'accueil de migrants deviennent des pays d'où l'on émigre et les deux catégories de pays deviennent des pays de transit. L'Organisation internationale pour les migrations souligne qu'il importe de considérer les migrations - ou les mouvements de population - comme un processus associant les pays ou régions d'origine (d'où les gens viennent), pays de transit (les lieux par lesquels ils passent durant leur voyage en y séjournant parfois longuement), pays de destination et pays de retour. En particulier, il ne faut pas perdre de vue ces derniers car, à mesure que les voyages deviennent moins chers et plus faciles, de nombreuses personnes migrent pour des périodes relativement courtes, retournant chez elles entre leurs séjours à l'étranger, et d'autres qui ont peut-être migré de façon définitive n'en retournent pas moins régulièrement en visite dans leur pays.

VIH/sida et mobilité

Un certain nombre d'études épidémiologiques ont relevé l'existence d'un lien entre mobilité et propagation du VIH, lien qui n'a pas lieu de surprendre. Au risque de rappeler une évidence, on notera que c'est dans le corps de l'être humain que le virus de l'immunodéficience humaine se transporte d'un endroit à l'autre, à mesure que les gens se déplacent entre différentes zones de prévalence du VIH. Ainsi, au tout début de l'épidémie, l'origine des premiers cas de VIH peut parfois – du moins dans les pays ou régions exerçant une surveillance épidémiologique adéquate – être imputée à des individus ou à des groupes de passage, comme des conducteurs de camion, des personnes déplacées par un conflit, du personnel militaire ou des travailleurs migrants retournant chez eux. Ce stade est toutefois maintenant dépassé : le VIH est désormais présent dans tous les pays du monde. À des stades ultérieurs de l'épidémie, une fois que le VIH s'est déjà implanté dans une région, les migrants, les réfugiés, les personnes déplacées et les individus en transit pour des raisons professionnelles ou autres se trouvent souvent dans des situations où ils courent un risque accru de contamination et peuvent à leur tour propager le VIH dans d'autres régions de transit ou à leur retour dans leur communauté d'origine.

La compréhension des relations complexes - on peut parler de cercle vicieux - entre VIH et mobilité démographique s'améliore graduellement¹. Plusieurs facteurs accroissent la vulnérabilité des migrants au VIH : la séparation de leur famille ou de leur partenaire et l'éloignement des normes de comportements en vigueur dans les communautés stables. À cela s'ajoute aussi la solitude, l'aliénation et le désespoir accompagnant la stigmatisation et la discrimination dont souffrent de nombreux migrants. Des facteurs de caractère plus social ont une forte incidence sur le risque VIH et la vulnérabilité des migrants. Parmi ces facteurs figurent la pauvreté, l'absence de protection juridique, l'impuissance et l'exploitation, toutes causes susceptibles d'entraîner chez des individus des comportements qu'ils n'auraient pas adoptés autrement. La violence sexuelle est un facteur de risque particulier pour de nombreuses femmes migrantes et réfugiées. Enfin, les non-nationaux et les autres personnes en transit n'ont souvent accès ni aux campagnes sanitaires en général ni à la prévention du sida en particulier, pas plus qu'aux consultations bénévoles, au dépistage ou aux soins et au soutien destinés aux victimes du

¹ Voir OIM, 2005, pour des informations récentes.

VIII. Les exposés qui suivent étudient de manière plus approfondie ces facteurs et illustrent de façon frappante leur similarité dans le monde entier.

Références bibliographiques

Haut Commissariat pour les réfugiés (HCR). *2003 Global Refugee Trends*. Genève, HCR (Unité des données démographiques), 2004.

Organisation internationale pour les migrations (OIM). *World Migration 2003*. Genève, OIM, 2003.

_____. *World Migration 2005*. Genève, OIM, 2005.

Organisation internationale du travail (OIT). Une approche équitable pour les travailleurs migrants dans une économie mondialisée. Rapport VI, Conférence internationale du travail, 92^e session. Genève, OIT, 2004. Disponible à <http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc92/pdf/rep-vi.pdf>

ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de sida. Genève, ONUSIDA, 2004.

Migration, subsistance et VIH/sida chez les femmes d'Afrique de l'Ouest

John K. ANARFI

*Institute of Statistical, Social and Economic Research (ISSER)
Université du Ghana, Legon*

Le processus migratoire en Afrique de l'Ouest

Les mouvements massifs de population sont un trait commun des pays de l'Afrique de l'Ouest, où ils surpassent historiquement ceux que l'on observe en Afrique de l'Est et en Afrique centrale (Parkin, 1975). Deux schémas de migration principaux se sont instaurés au fil des années. Le premier correspond au mouvement Nord-Sud observé à l'intérieur des pays côtiers (Côte d'Ivoire, Ghana, Togo, Bénin et Nigéria), et le second à un mouvement de plus grande amplitude entre les pays sahéliens de l'intérieur de la sous-région au Nord (Mali, Burkina Faso, Niger et Tchad) et les pays côtiers au Sud.

La principale caractéristique des mouvements migratoires observés en Afrique de l'Ouest est la prédominance de la participation masculine. Les migrants sont le plus souvent de jeunes hommes célibataires, et lorsqu'il s'agit d'hommes mariés ils se déplacent généralement sans leurs épouses. La participation des femmes au mouvement migratoire prend depuis quelque temps de plus en plus d'importance mais semble se limiter pour le moment à quelques destinations (Anarfi, 1990). Une autre caractéristique du mouvement migratoire est son caractère périodique saisonnier. Les mouvements de masse qui ont lieu à l'échelle de la sous-région sont étroitement liés aux variations saisonnières de la possibilité qu'ont les habitants des zones rurales d'Afrique de l'Ouest de gagner un revenu réel suffisant pour faire vivre leur famille et améliorer leur sort (Painter, 1992). En effet, le régime des pluies, dans les pays du Sahel, est tel que la population se trouve confrontée à une restriction saisonnière de ses possibilités économiques et, pendant sept à huit mois de l'année, à une situation de pénurie. La migration saisonnière est donc devenue une forme de stratégie de survie, face à la dureté des conditions imposées par la nature.

Selon Painter (1992), de septembre à décembre, des centaines de milliers d'hommes des pays sahéliens du Nord quittent chaque année leurs foyers pour se rendre dans les pays situés le long de la côte, où ils peuvent rester de quatre à huit mois, en essayant de gagner de l'argent, avant de rentrer chez eux. On estime qu'au Niger, par exemple, de 6 à 16 % de la population totale participent chaque année à cette migration saisonnière. D'autres études indiquent que, dans les pays du Sahel, les hommes participent pendant 10 à 15 années de leur vie à la migration annuelle (Painter, 1992). Participer au processus migratoire est devenu plus ou moins un mode de vie pour les ménages ruraux de l'Afrique de l'Ouest sahélienne.

Ces déplacements humains à l'intérieur de la sous-région de l'Afrique de l'Ouest peuvent être très éprouvants. Depuis l'époque du commerce transsaharien jusqu'à nos jours, en passant par l'époque coloniale, ces déplacements ont toujours eu lieu principalement par voie terrestre. Painter a noté que la grande majorité des migrants du Niger et du Mali qui se rendent en Côte d'Ivoire voyagent par autocar ou à bord de petits camions (Painter, 1992). Les distances parcourues par les migrants peuvent être considérables. Ainsi, le voyage aller et retour de Niamey (Niger) à Abidjan (Côte d'Ivoire) représente environ 3.500 kilomètres. Parcourir de telles distances demande plusieurs jours et implique le franchissement de plusieurs frontières internationales. En dépit du traité sur la libre circulation des ressortissants de la sous-région

adopté par la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), les voyageurs se heurtent à de multiples tracasseries de la part des autorités de police sur la route et aux frontières (Anarfi, 1990). Aussi préfèrent-ils souvent, surtout lorsqu'ils transportent des marchandises, passer par des postes frontière non gardés, ce qui ne va pas non plus sans danger. Ils risquent en effet de tomber sur des patrouilles de gardes-frontières ou d'être victimes de chantage de la part de passeurs offrant leurs services aux voyageurs sans méfiance moyennant rémunération (Anarfi, 1982). L'épuisement physique est donc, en Afrique de l'Ouest, un ingrédient important de la migration.

Une bonne partie des migrants qui se déplacent à travers la sous-région ouest-africaine échouent dans des zones urbaines. On observe donc dans la plupart des villes de la sous-région une importante concentration de jeunes hommes en période d'activité. Ainsi qu'on l'a dit, ils sont généralement célibataires ou, s'ils sont mariés, ne sont pas accompagnés de leurs épouses. Lorsque le migrant est une femme autonome, elle est généralement jeune et sans attaches, et ne possède pas de compétences de base qui lui permettraient d'accéder au marché de l'emploi de sa nouvelle destination. Il se crée ainsi une situation où les migrants se trouvent engagés dans des activités qui les exposent à de multiples contacts sociaux et occasions de rencontres sexuelles, dans un contexte social où l'accès à des partenaires sexuels est ouvert et extrêmement fluide.

Depuis des décennies, la Côte d'Ivoire est pour les migrants d'Afrique de l'Ouest la destination la plus importante. Jusqu'aux récents conflits, elle jouissait d'un climat politique stable et son économie était plus performante que celle de la plupart des pays de la sous-région. La Côte d'Ivoire offrait donc de nombreuses opportunités aux populations des pays voisins, attirant chaque année un nombre important de migrants de sexe masculin des pays du Sahel. Selon des estimations établies entre 1989 et 1991 à la suite d'un recensement de population, il se trouvait alors en Côte d'Ivoire plus d'un million de Maliens et un peu plus de 3 millions de ressortissants du seul Burkina Faso (Painter, 1992). La capitale de la Côte d'Ivoire, Abidjan, accueille un pourcentage élevé de ces migrants, de sorte que l'élément masculin est fortement excédentaire dans la population de cette ville. Ce grave déséquilibre entre les sexes a favorisé le développement à grande échelle d'un commerce du sexe, qui comporte une dimension internationale.

Migration et vulnérabilité à l'égard du VIH/sida

Depuis l'avènement du sida en Afrique de l'Ouest, et en Côte d'Ivoire en particulier, la migration, en tant que stratégie de survie pour les hommes comme pour les femmes de la sous-région, est une entreprise de plus en plus risquée. Le sida sévit désormais dans presque tous les pays de la sous-région. La Côte d'Ivoire vient au premier rang en Afrique de l'Ouest pour ce qui est du nombre des cas de sida recensés. À Abidjan, la capitale, le sida est la première cause de décès parmi les hommes de 20 à 35 ans, et la deuxième parmi les femmes du même groupe d'âge (De Cock et al., 1991). On estimait déjà il y a plus de 10 ans qu'environ 12 % des donneurs de sang et de 50 à 90 % des travailleurs sexuels étaient séropositifs (Painter, 1992, p. 7). Comme les mouvements de population, en Afrique, sont le plus souvent de nature circulatoire, il n'est pas difficile d'établir un lien entre la concentration de personnes atteintes du VIH/sida observée à Abidjan en particulier et en Côte d'Ivoire en général et la propagation de la maladie dans les pays voisins.

Bien que les données actuellement disponibles ne permettent pas d'identifier des relations précises de cause à effet entre les migrations vers les pays côtiers en général et la Côte d'Ivoire en particulier et la prévalence du sida parmi les migrants, les éléments dont on dispose conduisent à des observations intéressantes. Au Ghana, depuis que les cas de sida sont recensés, ils ont

toujours concerné principalement des femmes, dont la majorité avaient voyagé dans d'autres pays, particulièrement en Côte d'Ivoire. Un point intéressant est que le courant migratoire Ghana/Côte d'Ivoire est principalement féminin (Anarfi, 1990). Au Niger, par exemple, 70 % des cas de sida enregistrés à l'hôpital central de Niamey concernent des personnes qui ont des antécédents de migration vers la côte, particulièrement en Côte d'Ivoire. De même, deux des principales zones d'émigration du Niger, Tohoua et Niamey, comptaient à elles deux, en 1991, 90 % de tous les cas connus de sida au Niger (Painter, 1992, p. 8). Une situation analogue a été observée dans d'autres pays d'émigration d'Afrique de l'Ouest. On dispose à présent de quelques éléments d'information sur les activités auxquelles se livrent les migrants sur leurs lieux de destination et qui les exposent au risque d'infection par le VIH.

Les femmes participent de plus en plus au mouvement migratoire, dans le but d'améliorer leurs moyens d'existence, comme le font leurs homologues masculins. Mais à la différence de ces derniers, elles ont tendance à se cantonner, à cause du désavantage de leur position, dans quelques activités professionnelles aisément accessibles. Le commerce du sexe est devenu l'un des domaines d'activité où elles trouvent facilement du travail, surtout en Côte d'Ivoire où l'afflux de migrants de sexe masculin se traduit par un fort excédent d'hommes dans la population. Il convient de préciser qu'on voit davantage de femmes ghanéennes se livrant au commerce du sexe à Abidjan que dans n'importe quelle ville du Ghana. Au Ghana, comme ailleurs en Afrique de l'Ouest, les femmes qui exercent cette activité le font toujours loin des zones où elles habitent. La pratique du commerce du sexe

n'est pas le résultat d'une faiblesse de la femme, mais témoigne d'un effondrement de la morale sexuelle normale, dû à la pression économique, à l'isolement social et à l'anonymat qu'offre la vie en ville. (Acquah, 1972).

S'agissant du Nigéria, Pittin note que

les raisons qui motivent les choix professionnels des Haoussas (comme des Yorubas ou de tout autre groupe) doivent être recherchées dans le contexte de prescriptions et contraintes socioculturelles spécifiques, ainsi qu'à l'intérieur du cadre socioéconomique plus large (Pittin, 1984, p. 1302).

Les femmes se tournent vers le commerce du sexe simplement parce qu'elles y trouvent une des rares possibilités qui leur sont offertes de gagner leur vie, loin de leur domicile (Bujra, 1977 ; Pittin, 1984). Elles le font toujours dans un lieu éloigné de leur domicile parce que la société locale condamne cette activité et ne respecte guère les prostituées. Les femmes ghanéennes, par exemple, se réfugient donc dans l'anonymat qu'offre Abidjan pour pratiquer, dans cette ville lointaine, ce qu'elles savent être mal accepté chez elles.

Pour certaines femmes, la pratique du commerce du sexe est une façon de manipuler certaines idéologies masculines. Faut-il avoir les compétences et l'instruction qui leur permettraient de s'insérer dans l'économie moderne, les femmes exploitent les rôles qui leur sont traditionnellement assignés et que l'on attend d'elles (voir par exemple Pittin, 1984). Une étude sur les femmes ghanéennes à Abidjan rapporte qu'une jeune femme à qui l'on demandait pourquoi elle s'était lancée dans le commerce du sexe a répondu : « Au Ghana, les hommes se servaient de moi gratuitement, alors qu'y a-t-il de mal à ce que je vienne faire la même chose ici pour de l'argent ? » (Anarfi, 1990). Au Ghana, la relation traditionnelle appelée *mpena*, ou concubinage, comporte certains éléments constitutifs d'une transaction. Généralement, le *mpena* prélude au mariage. À ce titre, l'homme est censé aller trouver les parents de la jeune fille pour déclarer son intérêt. S'ils sont d'accord, les parents reconnaissent à l'homme la qualité de prétendant et lui accordent une certaine protection en veillant à ce que leur fille lui demeure

fidèle. En échange, l'homme offre de temps en temps des présents à la jeune fille comme aux parents. Il s'agit plutôt de présents en nature qu'en espèces : un agriculteur offrira les meilleurs produits de sa ferme, et un chasseur du gibier ; d'autres prétendants préféreront acheter, à l'occasion, du tissu ou d'autres cadeaux. Les présents qu'offre ainsi le prétendant ont essentiellement pour but de démontrer à ses futurs beaux-parents que lorsque leur fille sera à sa garde, il sera en mesure d'assurer son entretien.

De nos jours, la plupart des hommes se montrent négligents à l'égard des responsabilités qui sont les leurs dans le cadre du *mpena*. Ils n'en exigent pas moins de leur partenaire féminine des relations sexuelles. Cela a amené certaines femmes à monnayer leur corps, selon la maxime locale en pidgin « *cash na hand, back na ground* », qui signifie : « paie avant que je me couche ». Ainsi s'explique la réponse de la jeune femme interrogée à Abidjan.

Pittin (1984) a observé une manipulation similaire dans la pratique du *karuwanci* qui a cours parmi les Haoussas du Nigéria septentrional et qui évoque l'activité des courtisanes. Dans cette région du Nigéria où la polygamie est extrêmement fréquente, l'usage est d'installer toutes les épouses dans la partie de la maison appelée « compound des femmes ». Il s'agit souvent d'un lieu où elles se trouvent isolées et auquel les hommes qui ne sont pas de la famille n'ont pas accès.

Les femmes lasses de l'état de mariage ou qui veulent affirmer leur indépendance fuient vers la ville, où elles vont rejoindre d'autres femmes dans une « maison de femmes ». Pittin a observé que, dans cette région du Nigéria, les changements qui interviennent dans la condition de la femme au cours de son existence sont généralement associés à un déplacement spatial, soit qu'elle quitte le domicile de ses parents pour celui de son mari ou y retourne, soit qu'elle quitte l'un et l'autre pour s'adonner au *karuwanci*. Cet auteur explique que le choix du *karuwanci* se manifeste généralement clairement, dans l'espace comme dans le temps : la femme quitte sa famille ou le foyer conjugal, le plus souvent de façon précipitée, et part pour la ville. Dans les maisons de femmes, les hommes vont choisir une partenaire, qu'ils emmènent chez eux ou ailleurs pour avoir avec elle des rapports sexuels. La règle est que ce rapport sexuel n'a pas lieu dans la « maison des femmes ». Cet arrangement permet ainsi aux femmes d'affirmer leur indépendance tout en exerçant sur les hommes un certain pouvoir puisque ce sont eux qui viennent à elles. Les femmes haoussa qui vivent ensemble dans des maisons de femmes attendent de leurs éventuels clients qu'ils leur « fassent la cour ». Après une relation sexuelle, l'homme donne à la femme une somme d'argent, décidée par lui-même et non pas négociée à l'avance. Cette façon de procéder reflète celle d'un homme courtisant sa future compagne ou épouse et un aspect de la conduite exigée par l'idéologie haoussa dominante, qui assigne à la femme un rôle passif et à l'homme un rôle actif dans l'établissement de relations sexuelles.

Les femmes et le commerce itinérant

Le commerce itinérant est en Afrique de l'Ouest un moyen – qui a résisté à l'épreuve du temps – de distribution des biens importés comme des produits locaux. Sa longue histoire remonte à l'époque précoloniale. Les auteurs anciens ont souligné la vigueur de ce mode de commerce, pratiqué tant à travers le désert qu'à l'intérieur du Soudan (Leo Africanus, 1896 ; Mungo Park, 1816). Presque tous les auteurs ont insisté sur le caractère pacifique de ces mouvements migratoires, correspondant à la circulation de produits provenant d'une région écologique et destinés à être échangés avec d'autres produits d'une autre région. Longtemps avant la colonisation, la migration était fortement déterminée, en Afrique de l'Ouest, par la distribution géographique des débouchés économiques, et le commerce itinérant était une composante importante de ce phénomène.

À l'époque coloniale, la migration de caractère commercial a continué à s'amplifier, comme si elle avait reçu l'aval tacite des administrations coloniales. Mais elle a pris alors un caractère plus volontaire et est devenue essentiellement le fait d'une main-d'œuvre non qualifiée, composée le plus souvent de jeunes hommes. Pendant cette période, la plupart des migrants, au Ghana, étaient des commerçants indépendants et non des travailleurs salariés, beaucoup d'entre eux venant du Niger, du Mali et du Nigéria (Rouch, 1956). Un recensement effectué au Ghana en 1948 a montré que, parmi les commerçants de sexe masculin, ceux qui travaillaient dans ce secteur appartenaient le plus souvent à des tribus extérieures au pays. Pour les femmes, toutefois, la situation était différente. Les chiffres du même recensement montrent que, sur les 18.672 femmes travaillant à Accra, on comptait 89 % de commerçantes. En 1853, Cruikshank écrivait ce qui suit :

L'esprit commerçant est très fort chez l'Africain. Toute la population pratique peu ou prou le commerce. Les femmes africaines adorent rester assises sous un arbre sur la place du marché en offrant leurs marchandises à la vente, ou les colporter par les rues d'une porte à l'autre et de village en village (Cruikshank, 1853, p. 28).

Il ressort de ce qui précède que les femmes ont joué un rôle de premier plan dans le commerce de la sous-région et contribuent depuis des temps immémoriaux à la distribution des marchandises d'un lieu à l'autre.

La dimension internationale du commerce itinérant s'est considérablement réduite depuis l'indépendance, du fait des politiques restrictives des gouvernements des pays de l'Afrique de l'Ouest, mais les mouvements migratoires intérieurs liés au commerce demeurent importants. La forte participation des femmes à ces mouvements est connue depuis les années 60 (Nations Unies, CEA, 1994). Selon les données du recensement de 1960, les femmes représentaient alors à peu près la moitié des migrants entre la campagne et la ville. Les éléments dont on dispose montrent que cette proportion n'a pas changé ou est en hausse. Les femmes qui pratiquent le commerce itinérant, transportant des marchandises d'une partie du pays à l'autre, occupent une place importante dans ces mouvements.

Le lien entre les mouvements de population et la propagation des maladies est reconnu depuis longtemps. Les différents types de mouvement de population exposent les gens à divers risques sanitaires (Prothero, 1977), de même qu'ils les amènent à adopter certains comportements sociaux ou à risque de nature à favoriser la propagation du VIH (Anarfi, 1993). Le fait de passer d'un système écologique à un autre peut exposer le voyageur à des maladies transmises par des insectes non familiers. Des groupes de population différents se trouvent aussi mis en contact les uns avec les autres, ce qui accroît les risques de transmission de maladies. La simple fatigue physique entraînée par le voyage, surtout lorsqu'il s'effectue sur de longues distances ou se répète souvent, peut avoir pour effet de diminuer la résistance de l'individu et de le rendre plus sensible aux infections. À cela s'ajoute le stress psychologique qui peut être lié à l'obligation de s'adapter à un nouvel environnement (Prothero, 1977). Les personnes qui pratiquent le commerce itinérant paraissent être devenues aujourd'hui plus vulnérables face aux risques décrits ci-dessus parce que leurs déplacements sont moins durables et se répètent plus souvent et qu'elles doivent s'accommoder de solutions improvisées pour assurer leur sécurité et celle des sommes d'argent importantes qu'il leur arrive de transporter. Les femmes sont particulièrement vulnérables parce qu'elles sont l'objet du désir sexuel masculin, qui peut se traduire par une certaine forme de violence sexuelle.

L'auteur d'une étude ghanéenne note que la commerçante itinérante peut être relativement jeune, son âge était le plus souvent compris entre 25 et 44 ans, et n'a que très peu d'instruction ou de compétences de base employables. La plupart de ces femmes déclarent être mariées, et presque toutes ont des enfants (Anarfi et al., 1997). Elles jouent un rôle majeur dans l'éducation et l'entretien de leurs enfants, conformément aux attentes de la société selon lesquelles les femmes se doivent d'exercer un métier en propre pour assurer leur subsistance et celle de leurs enfants (Peil, 1979, p. 485). La majorité des personnes étudiées se rendent toutes les semaines sur les marchés, chaque voyage durant en moyenne trois jours. Précisons que, pour celles qui vont se fournir directement chez les agriculteurs à la porte des fermes, le temps de déplacement est beaucoup plus long. Quant aux personnes qui se rendent sur les marchés pour y vendre leurs marchandises, elles passent en hâte d'un marché à l'autre, de sorte que l'ensemble de leur voyage représente un effort intense. La nécessité de disposer d'un moyen de transport en temps utile et pour un coût raisonnable oblige certaines des commerçantes itinérantes à établir avec les chauffeurs une relation permanente qui, avec le temps, peut prendre un caractère amoureux. Le danger, à cet égard, est que la plupart des chauffeurs profitent de ce que plusieurs autres femmes peuvent se trouver dans une situation analogue pour avoir des relations sexuelles multiples, en faisant courir à leurs partenaires un risque de contamination par le VIH.

Les conditions qui règnent sur les marchés ajoutent à l'insécurité générale, ce qui accroît encore la vulnérabilité des commerçantes itinérantes. Le logement leur pose un sérieux problème car beaucoup d'Africains ne sont pas habitués à descendre à l'hôtel. L'usage était que les migrantes cherchent à se faire héberger par des parents ou des gens originaires de la même région qu'elles (Caldwell, 1969 ; Nabila, 1974 ; Anarfi, 1993). Mais le caractère extrêmement fluide qu'ont acquis de nos jours les mouvements migratoires commerciaux rend impossibles de tels arrangements interpersonnels. Certaines études montrent aussi que les hommes originaires du même lieu qu'elles nouent de telles relations avec les migrantes le font parfois dans l'intention d'exploiter leur vulnérabilité (Anarfi et al., 1997). Celles qui sont obligées de dormir dans des camions ou en plein air courent aussi le risque d'être agressées ou de se voir dérober par des criminels l'argent constituant leur fonds de roulement. La nécessité d'assurer leur sécurité et celle des sommes d'argent importantes qu'elles transportent contraint la plupart des femmes qui pratiquent le commerce itinérant à lier connaissance avec des hommes habitant la même localité qu'elles, avec qui elles finissent souvent par établir une relation amoureuse. Les informations dont on dispose donnent à penser que certaines commerçantes itinérantes sont souvent forcées d'avoir des relations sexuelles au cours de leur voyage par l'effet de circonstances indépendantes de leur volonté. Dans l'opinion publique, la réprobation est actuellement très forte à l'égard du comportement sexuel des commerçantes itinérantes du Ghana. Les hommes qui viennent au contact de ces femmes exploitent leur état de vulnérabilité, qui est engendré par les conditions extrêmement difficiles dans lesquelles elles travaillent.

Observations finales et mesures suggérées

Il est avéré que la situation extrêmement défavorable des femmes, en même temps qu'elle les pousse à migrer pour survivre, les oblige également à adopter, au cours de leur migration, certains comportements qui les exposent au risque d'infection par le VIH. Elles subissent, du fait de leur mobilité et des environnements qu'elles rencontrent, un certain nombre de contraintes structurelles comme l'insuffisance des infrastructures sanitaires et un accès limité aux traitements. Outre ces facteurs individuels de risque, certains facteurs sociétaux, culturels et économiques que ne maîtrisent pas les individus accroissent encore la vulnérabilité au VIH/sida des femmes migrantes, vulnérabilité que Mann et Tarantola (1996) décrivent comme étant de triple nature : individuelle, sociétale et programmatique.

Ils expliquent que la vulnérabilité personnelle (individuelle) est fonction de deux facteurs cognitifs d'une part, et comportementaux d'autre part. Les facteurs cognitifs sont les besoins d'information et la capacité d'utiliser cette information. Au nombre des facteurs comportementaux figurent des caractéristiques personnelles telles que le développement affectif, la perception du danger et l'attitude en matière de prise de risques, ou l'attitude à l'égard du sexe et de la sexualité, mais aussi des aptitudes personnelles comme la capacité de négocier l'adoption d'une large gamme de comportements propres à réduire les risques, tels que l'abstinence ou l'utilisation de préservatifs.

La vulnérabilité sociétale, quant à elle, est fonction de l'ensemble des facteurs socioculturels, économiques, politiques et environnementaux qui rendent une société ou un groupe au sein de cette société particulièrement vulnérable aux effets négatifs de tout événement. Un exemple en est la position d'infériorité des femmes dans certaines sociétés africaines.

Enfin, la vulnérabilité programmatique est liée aux processus et activités mis en œuvre pour réduire ou éliminer la vulnérabilité personnelle : information et éducation, conseil et soutien du groupe, formation aux compétences essentielles en matière de sexualité. Toutefois, dans le cadre des initiatives visant à prévenir les infections par les MST et le VIH/sida, on exhorte souvent les gens à exiger de leurs partenaires sexuels qu'ils utilisent des préservatifs ; cette démarche procède toutefois d'un postulat erroné, à savoir que les femmes et les hommes disposent d'un pouvoir égal s'agissant de négocier les conditions dans lesquelles ont lieu les rapports sexuels, et, partant, l'utilisation des préservatifs. En outre, bien que l'on dispose désormais de préservatifs féminins, les méthodes de prévention du VIH/sida dont les femmes ont la maîtrise demeurent difficilement accessibles, notamment sur le plan financier, dans de nombreuses régions d'Afrique.

Il ressort de ce qui précède que pour modifier leur comportement, les femmes migrantes doivent posséder un certain nombre de connaissances de base concernant le VIH et le risque d'infection qu'elles courent, apprendre à se protéger et avoir accès aux services et moyens voulus pour ce faire, comme les préservatifs. Elles doivent aussi avoir le sentiment que le contexte est favorable à l'adoption de comportements sans risque.

Il découle également de ce qui précède que pour prévenir les infections, il ne suffit pas d'éviter les comportements à risque ; il faut aussi modifier les conditions socioéconomiques et politiques qui font que certains individus y sont particulièrement vulnérables. La réussite globale des efforts de prévention suppose une répartition appropriée des ressources par les gouvernements nationaux, un soutien accru du secteur privé et un accroissement sensible de l'aide internationale, des financements bilatéraux et des fonds provenant des organisations internationales.

- *Mobiliser les femmes migrantes*

Les femmes migrantes pourraient être à la fois objets et sujets des programmes de lutte contre le VIH/sida, si on leur fournissait les informations leur permettant à la fois de modifier leur comportement et de devenir elles-mêmes agents du changement. Étant donné que la migration en Afrique est principalement circulatoire, une migrante possédant l'information voulue pourrait influencer à la fois la dernière communauté où elle a séjourné et sa communauté d'origine. Pour le FNUAP (2002), il faudrait notamment :

1. Promouvoir une intensification des programmes de santé génésique et sexuelle, de façon à :
 - faire bénéficier les femmes, en particulier dans les zones rurales, des informations et des services nécessaires en matière de santé génésique et de VIH/sida;
 - contribuer à la prévention des MST, qui augmentent le risque d'infection des femmes par le VIH ; et
 - donner accès aux moyens de promouvoir les modifications sociales et comportementales nécessaires pour ralentir la propagation du VIH/sida.

2. Œuvrer pour l'adoption de mesures permettant d'éliminer les obstacles qui entravent l'accès des femmes aux soins de santé, et notamment :
 - réduire le coût élevé des services sanitaires ;
 - supprimer l'obligation d'autorisation préalable de l'époux, d'un parent ou des autorités hospitalières ;
 - promouvoir le respect de la confidentialité ; et
 - mettre fin à toutes les formes de coercition, notamment aux tests obligatoires de grossesse ou de dépistage des maladies sexuellement transmissibles, ainsi qu'à la stérilisation ou tout autre traitement effectué sans le consentement des intéressées.

- *Lieux de mise en œuvre des programmes*

Les migrants étant peu nombreux, les programmes qui leur sont destinés doivent, pour en toucher un maximum, cibler des environnements bien précis, qui pourraient être les suivants :

- Les principaux couloirs de migration

Il convient de les repérer et de mettre en place un programme international ciblant les femmes pendant leurs déplacements. Les conducteurs de véhicules devraient être associés à ce programme. On pourrait en faire des éducateurs qui, une fois en possession des informations nécessaires, les transmettent à leurs passagères. Les messages pourraient aussi être enregistrés sur cassette et diffusés pendant les voyages.

- Points de convergence

On pourrait déterminer un certain nombre de points de convergence le long de ces couloirs de migration et y mettre en place des programmes de lutte contre le VIH/sida, qui s'adresseraient à toutes les populations mais plus particulièrement aux femmes migrantes.

- Principaux marchés

Étant donné qu'une partie des femmes migrantes sont en fait des commerçantes qui vont d'un marché à un autre, certains programmes devraient être mis en œuvre dans les principaux endroits où ils se tiennent. La démarche sera la même que celle adoptée aux points de convergence.

Dans tous les cas, les migrantes devraient être repérées et mobilisées pour contribuer à l'éducation des autres femmes.

Références bibliographiques

Acquah, I. *Accra Survey*. Accra, Ghana Universities Press, 1972 (2^e ed.)

L'Africain, Jean-Léon (éd. et trad. A. Épaulard), *Description de l'Afrique*. Paris, Libraire d'Amérique et d'Orient, 1980-1981.

Anarfi, J. K. ; Appiah E. N. ; Awusabo-Asare, K. Livelihood and the Risk of HIV/AIDS Infection in Ghana: The Case of Female Itinerant Traders. Dans : J. P. M. Ntozi et al., *Vulnerability to HIV Infection and Effects of AIDS in Africa and Asia/India*. Supplement to *Health Transition Review*, 7, 1997.

Anarfi, J. K. Sexuality, Migration and AIDS in Ghana: A Socio-behavioural Study. Dans : J. C. Caldwell, G. Santow, I. O. Orubuloye, P. Caldwell et J. K. Anarfi (dir. publ.), *Sexual Networking and HIV/AIDS in West Africa*. Supplément à *Health Transition Review*, 3, 1993, p. 233-248.

_____. The socio-economic implication of Ghanaian women in international migration. Communication à la conférence « The Role of Migration in African Development: Issues and Policies for the 1990s ». Nairobi, Kenya, 1990.

_____. International Labour migration in West Africa - The Case of Ghanaian Migrants in Lagos, Nigeria. M.A. Dissertation, Regional Institute for Public for Population Studies, University of Ghana, Legon, 1982.

Berggren, W. ; Berggren, L. et Ewbank, D. « Migration and the Instability of Households in the Artibonite Valley of Haiti. » Communication à la réunion annuelle de la Population Association of America, April 1979.

Bryant, C. « Women Migrants, Urbanisation and Social Change: The Botswana Case ». Communication à la réunion annuelle de l'Association américaine de science politique, Washington, D.C., 1977.

Boserup, E. *Women's Role in Economic Development*. New York, St. Martin's Press, 1970.

Bujra, J.M. Production, Property, Prostitution. *Cahiers d'Études Africaines*, 65, 17.1, 1997, p. 13-39.

Caldwell, J.C. *African Rural-Urban Migration. The Movement to Ghana's Towns*. Canberra, Australian National University Press, 1969.

Castro, M. G. et Cavalcanti Oliveira Z. L. « Migrant Women: The Role of Labour Mobility in the Process of Production and Reproduction ». Contribution au Programme de recherche sur le rôle des femmes et l'évolution démographique de l'Organisation internationale du travail, Genève, Suisse, novembre 1978.

Connell, J. ; Biplab, D. ; Laishley, R. et Lipton M. *Migration from Rural Areas: The Evidence from Village Studies*. Oxford, Oxford University Press, 1976.

Cruickshank, B. *Eighteen Years on the Gold Coast of Africa*. London, Col. 2., 1853.

De Cock, K. M. ; Barrere, B. et Diaby, L. AIDS - The Leading Cause of Adult Death in the West African City of Abidjan, Ivory Coast. *Science*, Vol. 247, n° 17, 1991, p. 793-796.

Elton, C. « The Economic Determinants of Female Migration in Latin America ». Thèse de maîtrise en économie du développement, University of Sussex, Royaume-Uni, 1974.

Heisler, H. *Urbanisation and the Government of Migration: The Inter-Relation of Urban and Rural Life in Zambia*. Londres, C. Hurst & Co., Ltd., 1974.

- Jelin, E. Migration and Labour Force Participation of Latin American Women: The Domestic Servants in the Cities. *Signs*, Vol. 3, n° 1, 1977, p. 129-141.
- Joshi, H.; Joshi, V. *Migration and Urban Employment Problems: A Case Study of the Ivory Coast*. Oxford, Oxford University, Institute of Economics and Statistics, 1976.
- Lee, E. S. A Theory of Migration. *Demography*, Vol. 31, 1996, p. 47-57.
- Little, K. *African Women in Town*. Londres, Cambridge University Press, 1973.
- Lubell, H. ; McCellum, D. *Bogota: Urban Development and Employment*, Genève, International Labour Office, 1978.
- Nabila, J. *Migration of the Frafra in Northern Ghana: A Case Study of Cyclical Labour Migration in West Africa*. Ph.D. Dissertation, Michigan State University, 1974.
- Obbo, C. *African Women*. Londres, Hutchinson and Co. (Publishers) Ltd., 1980.
- Painter, T. M. *Migration and AIDS in West Africa. A Study of Migrants from Niger and Mali to Côte d'Ivoire*. New York, CARE, 1992.
- Parkin, D. *Town and Country and Eastern Africa: Studies Presented at the 12th International African Seminar, Lusaka*. Londres, International African Institute, 1972.
- Park, M. *Travels in the Interior Districts of Africa*. Londres, John Murray, 1816. Vol. 1.
- Peil, M. Urban Women in the Labour Force. *Sociology of Work and Occupations*, Vol. 6, n° 4, 1979, p. 482-501.
- Piampiti, S. « Female Migrants in Bangkok Metropolis ». Communication au Séminaire sur les femmes et le développement, Bangladesh Institute of Law and International Affairs. Dacca, Bangladesh, 1977.
- Pittin, R. Migration of Women in Nigeria: the Hausa Case. *International Migration Review*, Vol.18, n° 4, 1984, p. 1293-314.
- Prothero, R. M. Disease and Human Mobility: A Neglected Factor in Epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 6, 1977, p. 259-267.
- Rouch, J. Migration au Ghana. *Journal de la Société des Africanistes*, Vol. 26, n° 9, 1956, p. 33-196.
- Singh, A. M. « Rural-Urban Migration of Women Among the Urban Poor in India ». Communication à la réunion annuelle de la Population Association of America, Atlanta, Georgia, 1978.
- Skinner, E. Labour Migration Among the Mossi of Upper Volta. Dans : H. Kupper (dir. publ.): *Urbanisation and Migration in West Africa*, University of California Press, 1965.
- Standing, G. *Labour Force Participation and Development*. Genève, OIT, 1985.
- Sudarkasa, N. Women and Migration in Contemporary West Africa. *Signs*, Vol.3, n° 1, 1977, p. 178-189.
- Thadani, V. N.; Todaro, M. P. *Female Migration in Developing Countries: A Framework for Analysis*. Centre for Policy Studies, 1979. The Population Council Working Paper, n° 47.
- Commission économique pour l'Afrique (UNECA). Africa's Food Producers : The Impact of Change in Rural Women. *Focus*, Vol. 25, n° 5, 1995, p. 1-8.

_____. *Patterns, Causes and Consequences for Development Planning of Female Migration in Selected ECA Member States*. Addis-Abbeba, 1994.

Ware, H. *Women, Demography and Development*. Canberra, The Australian National University Press, 1981.

Yap, L. *Internal Migration in Less Developed Countries: A survey of the Literature*. World Bank Staff Working Paper n° 215. Washington, D.C., Mimeo, 1975.

Youssef, N.H.; Buvinic M.; Kudat A. *Women in Migration: A Third World Focus*. Washington, D.C., International Centre for Research on Women, 1979.

Scénarios sexuels et déplacements : les femmes migrantes et le VIH/sida

Maria Lourdes S. MARIN

Action for Health Initiatives (ACHIEVE), Inc./CARAM-Philippines

Introduction

J'ai été employée de maison pendant près de huit ans ; quand je me suis retrouvée séropositive, j'ai dû rentrer chez moi. Sans que je le sache, mon employeur m'avait acheté un billet d'avion pour me renvoyer aux Philippines, m'obligeant à quitter la Malaisie trois heures après que l'on m'avait annoncé que j'étais séropositive (Samonte, 2002).

Depuis quelques années, on constate aux Philippines une augmentation régulière du nombre de travailleurs migrants séropositifs. Sur le total des personnes répertoriées comme séropositives sur le Registre national du VIH/sida en septembre 2004, 32 % étaient des travailleurs migrants. Sur ce nombre, 17 % étaient des employés de maison, 5 % des gardes-malades et 4 % travaillaient dans le milieu du spectacle.

Si l'on aborde la question de la migration et du VIH/sida, il importe de se pencher sur les facteurs de risque et de protection qui conditionnent la vulnérabilité des femmes au VIH dans le contexte de la migration¹.

À partir des années 1990, la féminisation des effectifs des travailleurs migrants en Asie s'est renforcée. En 1976, les femmes représentaient en Asie 15 % des travailleurs migrants, en 1987 27 % et en 2000 47,5 % (CARAM-Asia, 2004). Si l'on prend le Sri Lanka, de 80 à 90 % des travailleurs migrants y sont des femmes ; aux Philippines, 64 % des nouveaux emplois sont occupés par des femmes, tandis qu'en Indonésie les femmes représentent plus de 70 % des effectifs totaux des travailleurs migrants. La plupart ont entre 15 et 35 ans, c'est-à-dire qu'elles sont en âge de procréer (Marin et Quesada, 2002).

Pourquoi les femmes émigrent-elles ? Plusieurs facteurs les poussent dans ce sens :

- *Facteurs économiques et politiques*

Je voulais partir à l'étranger parce que je voyais nos voisins le faire. Ils revenaient avec des bijoux et beaucoup d'argent. Leur existence s'améliorait. C'est ce que je constatais ... Ma mère me disait que je devais terminer le lycée pour avoir un diplôme. Je lui ai dit : « Tu ne t'en sors plus, tu te plains même d'avoir du mal à payer mes frais de scolarité. Tu ne veux pas que nous vivions mieux ? » (Marin et al., 2004).

Au niveau des macroprocessus, des facteurs tels que les disparités économiques et l'instabilité politique incitent beaucoup les gens à franchir les frontières. Aux Philippines, 40 % environ de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, et 30 % disposent de 50 P (soit 0,90 dollar des États-Unis d'Amérique) par jour (ISSA, 2003). En Indonésie, 30,15 millions de gens sont sous-employés et environ 7,8 millions sont au chômage. Le manque de terres, les

¹ Étant donné qu'il y a de nombreuses catégories de femmes migrantes dans toute l'Asie, la présente étude portera essentiellement sur l'expérience des immigrées originaires des Philippines.

conflits intérieurs ou intercommunautaires, les politiques d'exportation de la main-d'œuvre, l'insuffisance et l'irrégularité de la productivité agricole ainsi que les calamités naturelles sont aussi à compter parmi les facteurs d'émigration (CARAM-Asia, 2004). Dans ces économies, ce sont souvent les femmes qui sont les plus touchées parce qu'elles ont une condition inférieure, sont illettrées et n'ont pas de voix sur la scène politique.

Selon la répartition traditionnelle des rôles sociaux, le domaine de la production et de la vie publique est réservé aux hommes et le domaine de la reproduction et de la vie privée est réservé aux femmes. Cette division a entraîné un moindre accès des femmes aux moyens de production, qu'il s'agisse des revenus, des terres, du crédit ou de l'éducation (CARAM-Asia 2004). Les femmes ayant de moins en moins de perspectives et de choix, l'émigration est devenue pour elles un moyen de survie plus qu'une option.

À l'étranger, les pays riches et industrialisés connaissent une hausse de la demande de main-d'œuvre bon marché. C'est dans cette réserve de main-d'œuvre qu'ils puisent pour les tâches salissantes, dangereuses et dégradantes. Les femmes migrantes conviennent souvent à ces trois catégories d'emploi, en particulier dans le secteur des services (employées de maison et dispensatrices de soins).

- *Facteurs socioculturels*

Les politiques sexospécifiques des pays d'accueil sont le résultat d'une évolution des conditions socioéconomiques, soit que, dans les pays plus riches, les femmes soient plus nombreuses à exercer un emploi, soit que les revenus et l'aisance se développent. Parce qu'elles ont une éducation et des aspirations sociales plus élevées, les femmes des pays industrialisés occupent désormais des postes techniquement supérieurs, laissant le champ libre aux femmes des pays plus pauvres pour qu'elles s'acquittent des tâches domestiques (CARAM-Asia, 2004).

Le rôle traditionnellement réservé aux femmes dans la société est repris par les immigrées. Celles-ci sont largement concentrées dans les emplois répétitifs et non productifs (tâches domestiques, soin des enfants et des malades), qui font partie du secteur informel dans de nombreux pays d'accueil. Étant donné que ces tâches ne sont pas considérées comme un travail rémunéré et productif, les femmes migrantes sont particulièrement à la merci des pratiques abusives, de l'exploitation et des problèmes de santé (Marin et Quesada, 2002).

Le départ pour travailler à l'étranger est peut-être une décision personnelle, mais la famille joue un rôle essentiel dans l'application de cette décision. Dans la plupart des cas, les femmes sont poussées à partir par leur famille, qui souhaite qu'elles répondent à ses besoins financiers. Elles ont aussi montré qu'elles ne rechignaient pas à envoyer des mandats chez elles (Marin et Quesada, 2003).

Les femmes sont également poussées à partir par les mauvais traitements et la violence qu'elles connaissent chez elles et contre lesquels elles ne peuvent rien. En partant à l'étranger, elles se mettent hors de portée de maris ou de partenaires violents, ce qui leur donne un sentiment relatif de sécurité.

Les femmes migrantes et le VIH : les facteurs de risque

En 1999, la *Coordination of Action Research on AIDS and Mobility in Asia* (CARAM-Asia) a lancé un programme de recherche participative pour déterminer la vulnérabilité au VIH des

travailleurs migrants de sept pays d'Asie (Bangladesh, Cambodge, Indonésie, Malaisie, Philippines, Viet Nam et Thaïlande). En 2000, la CARAM a élargi ce programme à d'autres pays d'Asie du Sud comme l'Inde, le Népal, le Pakistan et Sri Lanka. Aux Philippines, cinq études ont été mises en train : connaissances, attitudes et pratiques des Philippines qui partent pour la première fois travailler à l'étranger ; recherche qualitative sur la vulnérabilité au VIH des employés de maison philippins à Hong Kong ; recherche qualitative sur la vulnérabilité au VIH des épouses de travailleurs philippins à l'étranger ; recherche qualitative sur la vulnérabilité au VIH des travailleurs migrants à leur retour ; biographies de travailleurs migrants philippins séropositifs. Ces recherches ont porté sur les différentes phases du cycle de migration : préparation au départ, installation, vie sur place et réintégration.

Préparation au départ

Au stade du départ, il existe des facteurs qui prédisposent au VIH/sida certaines candidates à l'émigration :

- *Tabous sexuels*

Les tabous sexuels en vigueur empêchent les femmes d'accéder aux informations sur la sexualité et les questions de santé génésique, notamment sur le VIH/sida.

Si beaucoup sont conscientes des dangers du VIH/sida, peu ont de réelles connaissances sur la maladie. Dans l'enquête menée par CARAM-Philippines, les femmes associent encore le VIH/sida avec certains groupes « à risque » comme les prostitués des deux sexes et les homosexuels. L'éducation sexuelle, en particulier chez les jeunes, n'est pas ouvertement promue de peur qu'elle n'encourage les activités sexuelles.

Selon Sharon, l'une des participantes à la recherche sur le VIH et les travailleurs migrants :

Je ne savais rien. Je n'en avais jamais entendu parler, même pas à la radio. Non, rien du tout. J'avais entendu parler du viol, bien sûr mais pas du VIH (Marin et al., 2004).

- *Utilisation insuffisante du préservatif*

Si les informations sur la vie sexuelle ne circulent pas, en revanche les informations contre le préservatif sont vigoureusement répandues. De nos jours encore, le recours au préservatif est davantage considéré comme une forme de contraception que comme un moyen de protection. Dans un pays essentiellement catholique où le taux de fécondité est très élevé, toutes les formes de contraception sont considérées comme synonymes d'avortement et sont donc déconseillées. En outre, les hommes n'aiment généralement pas se servir d'un préservatif et ils n'encouragent pas les femmes à l'exiger ou à en négocier l'utilisation.

- *Mauvais comportement sanitaire*

Pour des raisons économiques et socioculturelles, les travailleurs migrants sont prédisposés à avoir des comportements sanitaires inadéquats. Outre qu'ils ont tendance à se soigner eux-mêmes, on relève aussi chez eux un fatalisme généralisé en matière de santé et de maladie, même lorsqu'une maladie réelle se déclare. Chez les femmes, cette attitude retentit directement sur la santé génésique, en particulier une fois qu'elles sont sur leur lieu de travail. La

crainte de perdre leur emploi et le coût prohibitif des services de santé comptent parmi les raisons qui amènent les immigrées à ne pas informer leur employeur de leur état de santé.

- *Réalisation de tests obligatoires de séropositivité*

De nos jours, les pays d'accueil imposent de plus en plus aux travailleurs migrants de subir un test de séropositivité comme préalable à tout emploi. Si les tests de séropositivité sont importants pour la surveillance épidémiologique et comme base de traitement, les tests obligatoires imposés aux travailleurs migrants constituent une violation des droits de l'homme, renforcent la stigmatisation et la discrimination et suscitent un sentiment de sécurité exagérée chez les ressortissants du pays hôte. Souvent réalisés sans entretien préalable ou consécutif, les tests obligatoires suscitent d'ailleurs chez les travailleurs migrants dont le test de séropositivité s'avère négatif une attitude d'invincibilité.

Sur place

Une fois arrivées sur place, les femmes migrantes se trouvent dans des situations de fait qui les rendent vulnérables au VIH/sida.

Quand elles sont à l'étranger, nombre de femmes mènent des « vies parallèles ». Éloignées de chez elles, de leurs amis et de leur communauté, elles jouissent d'une certaine liberté et autonomie qui, si elles les poussent plus loin ou en profitent, peuvent ouvrir de nombreuses possibilités, notamment d'activité sexuelle ou de liaison. Les récits des femmes migrantes interrogées dans le cadre de cette recherche l'attestent bien :

Je voulais avoir du bon temps ... Je voulais autre chose ... Là où j'ai grandi, ce n'était pas drôle, et c'est pourquoi je voulais m'amuser. Je cherchais quelque chose mais je ne pouvais pas le trouver (Marin et al., 2004).

Je cherchais aussi de la compagnie à cette époque ... Je voulais quelqu'un sur qui je puisse m'appuyer en cas de difficultés. Ce n'est pas seulement pour l'amour physique que j'ai eu une liaison. Mais l'amour physique est la tentation de ceux qui sont seuls (Marin et al. 2004).

Nous ne sommes que des humains à la recherche de chaleur et de réconfort. On a besoin de partager ce que l'on vit avec quelqu'un ; certaines Philippines immigrées s'en sortent en nouant des relations intimes avec d'autres travailleurs migrants ou avec des ressortissants du pays d'accueil. Parfois elles ont même des liaisons avec des hommes mariés pour se sentir moins seules et moins loin de chez elles. Mais ces relations peuvent les rendre vulnérables aux maladies sexuellement transmissibles et au VIH/sida (Samonte, 2002).

Loin de chez moi, je me sentais très seule. J'avais besoin d'une présence et de la chaleur d'une famille. C'est alors que j'ai rencontré un Malaisien dont je suis tombée amoureuse. Il m'a fait la cour et j'ai eu le sentiment qu'il me désirait vraiment. Il m'a même aidée financièrement pour que je puisse envoyer régulièrement de l'argent à ma mère. Par la suite, je me suis retrouvée enceinte, et je me suis aperçue que mon ami était déjà marié. J'ai pensé à avorter mais finalement je ne l'ai pas fait (Marin et al., 2004).

Parmi les facteurs qui poussent les femmes qui travaillent à l'étranger à nouer des liaisons, on notera ceux-ci :

- mal du pays et sentiment de solitude ;
- vie sexuelle active avant le départ pour l'étranger ;
- absence d'entraves sociales qui les freinent ;
- nouvel entourage qui pousse à avoir des liaisons ;
- recherche du plaisir sexuel ;
- sentiment qu'une liaison peut être économiquement avantageuse ;
- isolement social et besoin de compagnie ;
- besoin de se détendre après avoir travaillé dur ;
- idée que le mariage avec un étranger peut contribuer à l'ascension sociale ;
- sentiment amoureux effectif (Ybanez et al., 2000).

Sous tous ces facteurs, on retrouve les conceptions sociales sur les sexes et la sexualité qui ne manquent jamais de peser sur les décisions que les femmes prennent dans le contexte de l'émigration. Les significations données à la masculinité et à la féminité ainsi que les normes qui obligent les femmes à adopter un comportement passif et à s'abstenir d'exprimer leurs pensées, leurs sentiments et leurs attitudes les ont également poussées à chercher la liberté et un lieu d'expression loin de chez elles. Pour les femmes migrantes, cela peut amener à rechercher des liaisons qu'elles auraient normalement évitées, par exemple des relations extramaritales ou homosexuelles.

Les femmes migrantes qui avaient déjà une liaison ou étaient mariées connaissent un conflit entre la fidélité à leur partenaire et le désir de céder à leurs pulsions sexuelles (Marin, 2001). Cette position peut stimuler la construction d'identités nouvelles ou parallèles qui caractérisent l'existence provisoire des immigrées. Lorsqu'elles doivent retourner régulièrement dans leur pays d'origine, ce changement d'identité peut parfois susciter des dilemmes et conflits internes, en particulier du fait que cette inévitabilité retentit sur les liens qui existaient avant le départ pour l'étranger.

Le sentiment d'être éloigné des situations et conditions auxquelles on était accoutumé ouvre tout un nouveau champ de possibilités. Cependant, ce monde nouveau ne manque pas lui non plus de limites et de restrictions. Il y a des pays où l'expression publique des désirs ou intentions amoureuses n'est pas encouragée chez les travailleurs migrants, en particulier chez les femmes. Les politiques qui interdisent aux femmes immigrées d'être enceintes, de contracter une maladie sexuellement transmissible ou d'épouser un ressortissant du pays d'accueil ne sont pas sans effet sur leurs attitudes ou leur comportement sexuel. Elles s'arrangent donc pour avoir une vie sexuelle dans ce cadre. Les récits des travailleurs immigrés hommes témoignent des tours et détours qu'ils doivent faire pour pouvoir entrer en contact avec des femmes immigrées et les connaître. Certains vont jusqu'à se procurer de faux permis de mariage pour « légitimer » des relations qui, autrement, seraient illicites.

Parce que les femmes ont été socialement conditionnées et orientées pour se comporter et penser d'une certaine façon dans leur pays d'origine, elles ont du mal à abandonner ces attitudes et comportements à l'étranger. Par exemple, l'idée que les femmes doivent être monogames et que les hommes peuvent se comporter « librement » reste la norme, même à l'étranger. Selon Lovely, l'une des participantes à l'enquête sur les immigrées et le VIH :

Je n'étais pas certaine que Robert me soit réellement fidèle étant donné qu'il ne pouvait pas sortir chaque semaine. Peut-être qu'il avait une fille différente pour chaque semaine ... Je n'en suis pas vraiment sûre. Parfois, j'ai vu d'autres filles s'accrocher à lui mais ses amis me disaient que c'était simplement un geste d'amitié. Ces fois-là, je ne disais rien à

Robert. Je me contentais de le regarder et de lui-même il s'éloignait de ces femmes (Marin et al., 2004).

- *Accès insuffisant aux informations et services de santé*

La plupart des travailleurs migrants n'ont pas suffisamment accès aux informations et services de santé. S'agissant des femmes, c'est une vérité particulièrement sensible dans le domaine de la santé génésique et sexuelle. Dans certains pays, le simple fait pour une femme de chercher ce type d'information peut amener les autres à suspecter ses intentions et à la classer parmi les « malhonnêtes » ou les « dévergondées » (CARAM-Asia, 2004). Même si elle est déjà victime d'infections gynécologiques ou de maladies sexuellement transmissibles, on l'empêche de se renseigner. Dans de nombreux pays, les médicaments et soins de santé sont plus chers et pas nécessairement accessibles aux travailleurs immigrés.

Dans une enquête menée par la fondation *Women in Development*, une ONG philippine, et qui portait sur 110 employées de maison philippines à Hong Kong en 2002, 44 % des femmes interrogées ont déclaré que les infections génito-urinaires étaient leur principale préoccupation en matière de santé génésique. Venaient ensuite les infections génitales hautes (17 %), les grossesses imprévues (13 %) et l'avortement (10 %). Une mission médicale ultérieure qui a examiné 376 patientes a fait apparaître que 49 % d'entre elles souffraient de désordres menstruels, 23 % d'infections urinaires, 22 % de pertes blanches et 15 % de kystes au sein (Marin et Quesada, 2002).

- *Sans papiers*

Les politiques d'immigration sont souvent entachées de préjugés contre les travailleurs migrants. Dans de nombreux pays, l'accès à la justice ou au recours judiciaire reste limité, même dans les cas où les travailleurs migrants sont injustement licenciés. Pour des raisons de charges familiales et parce qu'il leur est interdit de trouver un autre emploi à l'étranger, nombre de femmes immigrées finissent par rester dans le pays sans avoir de papiers en règle. La plupart prennent un travail partiel, ou bien entretiennent des relations sexuelles pour survivre. D'autres finissent par accepter de travailler comme « entraîneuses ».

Daisy s'est aperçue que de nombreuses femmes, surtout des Philippines, faisaient les « entraîneuses » ... Il s'agissait d'aller dans des clubs et des bars la nuit, de s'asseoir avec les clients, de leur parler et de toucher un pourcentage sur les consommations. Un verre de 65 HK\$ rapporte 35 HK\$ à une fille. Dans d'autres clubs, une fille pouvait toucher jusqu'à 50 HK\$ sur un verre de 80 HK\$. Certains bars faisaient la liste des commissions dues aux femmes et leur distribuaient l'argent à la fin du mois.

La plupart de ces Philippines étaient employées de maison dans la journée mais certaines, comme Daisy, étaient sans emploi. Elles faisaient les bars à partir de 11 heures du soir, restaient brièvement dans un club et passaient dans un autre à la recherche de clients, pour la plupart des Américains et des Népalais. Certaines des femmes sortaient avec les clients après la tournée des bars. « Je ne savais pas ce qu'elles faisaient d'autre, je ne voulais pas y penser », expliquait Daisy (Marin et al., 2004).

- *Vulnérabilité des femmes immigrées à l'exploitation sexuelle et à la violence*

Les femmes immigrées sont vulnérables à l'exploitation sexuelle et à la violence. Dans le cas des personnels de service telles que les employées de maison, les gardes-malades ou les

bonnes d'enfants, le lieu de travail est dans la sphère privée. Les autorités compétentes ont donc du mal à exercer leur tâche de surveillance ou de contrôle, et la violence sexuelle et physique trouve là un terrain propice.

Remèdes

S'il existe des remèdes permettant aux travailleurs migrants de faire face aux réalités de la migration et de l'éloignement de leur famille d'origine, ils peuvent aussi à leur tour contribuer à leur vulnérabilité.

Constitution de réseaux sociaux

Une fois arrivés sur place, une des premières préoccupations des travailleurs migrants est de tisser des liens avec leurs compatriotes. Parfois ils ont des parents sur lesquels ils peuvent compter, mais ce n'est pas toujours le cas. Il existe de nombreuses formes de réseaux sociaux, qui se constituent en fonction des origines ethniques, des appartenances religieuses, de la profession, etc. Dans les pays où les ONG d'aide aux immigrés et les associations de migrants sont autorisées, ces réseaux fonctionnent comme des systèmes de soutien virtuel ou comme des cordons ombilicaux pour les travailleurs migrants, en particulier dans les situations de crise.

Communication avec la famille

Les travailleurs migrants peuvent surmonter les difficultés de la vie à l'étranger lorsqu'ils sont en contact régulier avec leur famille. Il y a encore une dizaine d'années, la communication avec les familles au pays était très difficile, ce qui induisait des changements profonds dans les relations entre les personnes. Avec l'avènement des technologies de l'information et de la communication, la distance entre l'immigré et sa famille s'est trouvée réduite. Les liaisons Internet et les communications par le téléphone portable se répandent parmi les travailleurs migrants soucieux de maintenir les liens avec leur famille, leur permettant même par exemple de continuer d'exercer activement leur devoir de parents. S'il faut effectivement y voir une évolution positive, celle-ci a également un effet négatif pour ceux qui ne souhaitent pas entretenir de liens familiaux. C'est en particulier vrai des travailleurs migrants qui se plaignent de ce que leur famille soit désormais plus facilement à même de les harceler pour qu'ils envoient de l'argent ou des biens.

Établissement de relations sexuelles

Qu'il s'agisse de relations vénales ou que ce soit dans le cadre d'une relation sentimentale, les femmes immigrées recherchent un partenaire pour les raisons qui ont été précédemment énumérées. Une expérience amoureuse positive donne une impression de bien-être et renforce l'image que l'on se fait de soi, mais une expérience négative peut traumatiser et être cause d'angoisse. On relèvera que les préférences ainsi que le nombre, la fréquence, la durée et le choix des partenaires, sont influencés par le contexte propre à chaque migrant. Si les hommes philippins préfèrent, à l'étranger, avoir des relations avec des femmes philippines (jugées « plus propres » et « plus sûres »), ils n'ont aucun scrupule à rechercher aussi des étrangères. D'autres ont des liaisons dans l'idée que ce sont des passades auxquelles ils mettront un terme dès leur retour au pays.

Impact de la séropositivité

C'est comme si la lune vous sautait à la figure ... ou comme si une bombe explosait ... J'avais l'impression que mon esprit avait été arraché de mon corps. Mon Dieu, que faire ? Heureusement mon ami était là, il me donnait des conseils, m'aidait ... J'étais sous le choc, je ne pouvais pas accepter. Je ne voulais pas rentrer chez moi. Je voulais être seule. Je voulais être dans les montagnes. Je pleurais. J'ai dit au docteur que je voulais que les résultats changent. Parce que je savais bien que je ne pourrais plus travailler si j'étais malade (Marin et al., 2004).

J'ai pleuré toutes les larmes de mon corps. Il y avait d'autres personnes dans la pièce, mais ça n'avait plus d'importance. Comment le dire à mon mari ? Et si j'allais le lui transmettre ? Comment le dire à ma famille ? J'ai pensé à mon bébé. Comment c'était arrivé ? (Marin et al., 2004).

Ce sont là certains des récits faits par les femmes immigrées qui ont participé à l'enquête ACHIEVE/CARAM-Philippines. Les effets qui s'en sont suivis pour elles sont de plusieurs natures :

- *Effet économique*

Chez les travailleurs migrants, c'est l'impact économique de la séropositivité qui est le plus dur. Les tests de séropositivité étant obligatoires, les immigrés séropositifs ne peuvent plus travailler à l'étranger. Ce qui aggrave encore les choses, c'est qu'il n'y a pas d'emploi dans leur pays et que ces personnes ne peuvent trouver un travail correspondant aux compétences acquises à l'étranger. Le niveau élevé du coût de la vie, associé à l'augmentation des dépenses de santé due à la privatisation font peser un poids économique considérable. Pour les femmes migrantes qui sont le principal soutien de leur famille, la séropositivité marque la fin de leur rêve d'améliorer leur existence. Les quelques économies qu'elles ont pu mettre de côté fondent à mesure qu'elles y puisent pour venir en aide à leur famille ou se procurer des médicaments.

- *Impact social*

Le diagnostic de séropositivité est, pour les travailleurs migrants, synonyme de déconsidération soudaine. Alors qu'ils étaient considérés auparavant comme des « héros », ils se trouvent tout d'un coup isolés, marginalisés et stigmatisés. Dans le cas des femmes, la flétrissure est souvent plus dure du fait des idées et croyances qui ont cours dans la société et qui voient dans le VIH/sida une malédiction et la conséquence d'actes coupables. L'idée est donc que ces femmes ont eu un comportement « immoral » et « indécent » lorsqu'elles étaient à l'étranger. Ces préjugés ne sont pas sans effet sur les relations que les femmes migrantes séropositives entretiennent avec leurs familles, leurs amis et même leur communauté.

Beaucoup font le choix douloureux de ne pas rentrer chez elles et de rester éloignées de leur famille, ce qui renforce encore leur isolement. Certaines décident délibérément de ne plus avoir de relations sexuelles, pensant que leur séropositivité leur a ôté ce droit.

- *Effet psychologique et sentimental*

L'effet du VIH/sida sur les travailleurs migrants n'est pas seulement d'ordre économique ; l'adaptation sentimentale et psychologique est encore plus difficile pour les anciens travailleurs migrants qui n'ont pas encore révélé leur état. Les pressions qui s'exercent sur eux pour qu'ils continuent de subvenir aux besoins de leur famille, la crainte d'être découvert et

montré du doigt ainsi que les incertitudes quant à leur santé et leur bien-être : tous ces facteurs pèsent sur l'état psychologique des travailleurs migrants séropositifs. Quant aux femmes, la crainte d'être jugées ou rejetées pour « dévergondage » ne peut qu'accroître leur désarroi. En revanche, les hommes migrants qui deviennent séropositifs, par exemple les marins, sont plus facilement « tolérés » ou acceptés, parce qu'il apparaît « naturel ou normal » qu'ils aient des activités sexuelles.

- *Effet physique*

L'accès des personnes vivant avec le VIH (notamment des travailleurs migrants) aux soins de santé, traitements et soutien reste limité. Aux Philippines, la plupart des PVVIH n'ont pas les moyens de se procurer des antirétroviraux ou des remèdes pour soigner des infections à germe opportuniste. Nombre d'hôpitaux ne sont pas équipés pour traiter et soigner les PVVIH. Chez les travailleurs migrants, la somme des problèmes économiques, sociaux et psychologiques qu'ils connaissent retentit fortement sur leur santé physique.

Recommandations

Les programmes d'intervention relatifs à la vulnérabilité des immigrés au VIH exigent une compréhension approfondie des problèmes que connaissent les travailleurs migrants. On peut y contribuer en associant directement les migrants, les familles et les communautés touchés par la pandémie. Dans le cas des femmes immigrées séropositives, il faut faire en sorte qu'elles soient mieux informées des questions liées aux orientations sexuelles, à la vie sexuelle, au VIH/sida et à la migration. Cela suppose aussi des efforts de développement des compétences, pour qu'elles puissent prendre une part non négligeable aux efforts de lutte contre le VIH sous la forme d'activités de promotion, d'éducation, de sensibilisation, de soin et de soutien ou de renforcement des capacités d'institutions chargées des travailleurs migrants.

Aux Philippines, des interventions associant directement les femmes immigrées ont été organisées, notamment par ACHIEVE/CARAM-Philippines :

- **Promotion institutionnelle** avec des organismes nationaux et locaux pour susciter des politiques et programmes répondant aux préoccupations et besoins des communautés partenaires, en particulier dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida. Pour y parvenir, ACHIEVE contribue **au renforcement des capacités** et à l'amélioration des compétences des diverses parties prenantes et principaux partenaires pour faire face aux problèmes et cas qui se présentent en ce qui concerne les migrants et les orientations sexuelles, la vie sexuelle et la santé (VIH/sida).

- **Gestion de l'information** en matière de migration, de santé, d'orientation sexuelle et de vie sexuelle. Cela suppose la gestion d'un centre d'information, la création et l'alimentation d'un site Web et le suivi des informations diffusées par les médias. ACHIEVE produit des informations avec et pour les travailleurs migrants à des fins de stratégie et de promotion de programmes.

- **Programme d'autonomisation des conjoints et partenaires** : renforcement des capacités des épouses et partenaires des travailleurs migrants (1) en offrant des possibilités éducatives sur les questions d'orientation sexuelle, de santé génésique, de vie sexuelle, de migration et de VIH/sida, (2) en renforçant notamment les compétences personnelles et sociales,

en promouvant des pratiques sexuelles plus sûres, les compétences ménagères, etc., (3) en aidant la communauté à organiser et mobiliser les efforts.

- **Programme communautaire sur la santé, la sexualité et le VIH/sida pour candidats à l'émigration**, avec les collectivités locales et les organisations communautaires de travailleurs migrants revenus au pays. Ce type d'intervention permet aux communautés des candidats à l'émigration de mieux se rendre compte de la vulnérabilité réelle ou potentielle qu'ils risquent de connaître dans l'émigration.

- **Autonomisation des conjoints et travailleurs migrants séropositifs**, pour leur permettre de s'associer davantage aux activités d'éducation, de promotion et de travail en réseau par des activités de développement des compétences et connaissances.

- **Campagnes et activités de promotions régionales** : campagne contre le caractère obligatoire du test des anticorps VIH, campagne en faveur de l'accès aux traitements et du renforcement de la participation des travailleurs migrants séropositifs, campagnes sur les problèmes et préoccupations des employés de maison immigrés.

Au cours de ces interventions, ACHIEVE recommande les principes et méthodes ci-après :

- approche fondée sur les droits ;
- approche participative qui part des réalités que connaît le travailleur migrant ;
- approche autonomisante ;
- approche sexospécifique respectueuse de la diversité ;
- approche holistique et intégrée ;
- approche s'appuyant sur les travaux de recherche ;
- durabilité ;
- approche associant les principaux acteurs et parties prenantes dans le domaine des migrations.

Conclusion

Les migrations à la recherche d'un emploi à l'étranger devraient augmenter, ainsi que le nombre de PVVIH. Le problème que pose le VIH/sida dans le contexte des réalités en matière de choix sexuels et de migrations exigent des réponses immédiates. Joyce Samonte, ancienne immigrée et militante, le dit de façon claire et simple :

Quand on est en bonne santé, on est un héros. Mais si l'on tombe malade, qu'est-ce qui se passe ? C'est maintenant qu'il faut agir. Ensemble, donnons aux travailleurs migrants la capacité d'agir face au VIH/sida. Sauvons des vies. Arrêtons le SIDA (Samonte, 2002).

Références bibliographiques

ACHIEVE Inc. *Positive Response: A Guidebook on Handling Migration and HIV/AIDS for Foreign Service Personnel*. Quezon City, ACHIEVE, Inc., 2004.

Coordination of Action Research on AIDS and Mobility in Asia (CARAM-Asia). *The Forgotten Spaces: Mobility and HIV Vulnerability in the Asia-Pacific*. Kuala Lumpur, CARAM, 2004.

Institute for Social Studies and Action (ISSA). *Information Kit: 16th International Day of Action for Women's Health*. Quezon City, ISSA, 2003.

Marin, M. L. ; Quesada, A.; Sobritchea, C. *For Good: Life Stories of Migrant Workers Living with HIV/AIDS*. Quezon City, ACHIEVE, Inc., 2004.

Marin, M. L. ; Quesada, A. « Trends and Issues in Foreign Migrant Domestic Labor: Pre-departure, Post-arrival and Reintegration ». Communication de ACHIEVE/CARAM-Philippines au « Regional Summit of Foreign Migrant Domestic Workers », Colombo, Sri Lanka, 26-28 août 2002.

Samonte, J. « Understanding HIV Vulnerability of Overseas Filipino Workers. » Communication par ACHIEVE/CARAM-Philippines à la « Visayas AIDS Conference », Bacolod City, Philippines, 7-9 août 2002.

Ybanez, R. F. et al. *Labor Migration and HIV/AIDS: Vulnerability of Filipino Migrant Workers*. Quezon City, KALAYAAN et CARAM-Asia, 2000.

Le VIH dans le Caucase : l'importance des réseaux familiaux pour la compréhension des contextes à risques pour les femmes¹

Cynthia J. BUCKLEY

Département de sociologie, Institute for Innovation, Creativity and Capital

Université du Texas, Austin

Les États indépendants du Sud-Caucase – Arménie, Azerbaïdjan et Géorgie – jouent un rôle de plus en plus important dans les marchés énergétiques mondiaux, les flux internationaux de main-d'œuvre et les efforts internationaux de lutte contre le trafic de drogues. Située entre la mer Noire et la mer Caspienne, limitrophe de la Russie au nord et de la Turquie et de l'Iran au sud, la région connaît une pauvreté persistante, un effondrement des systèmes de santé publique, des tensions ethniques incessantes, et de gros problèmes dus à la nature poreuse de ses frontières. Si certains développements récents dans les domaines économique et politique, comme la « Révolution rose » de 2004 en Géorgie, confortent les perspectives d'une future évolution positive, le fait que la « deuxième vague » de la pandémie de VIH/sida est sur le point de frapper les pays de la région constitue une grave menace pour la stabilité sociale, le développement économique et la gouvernance de ces pays. La prévalence du VIH dans la région est faible à l'heure actuelle mais il y a tout lieu de s'inquiéter des fortes augmentations du nombre de cas notifiés et du fait que, de la contamination liée à l'usage de drogues injectables, on est en train de passer à la transmission sexuelle. L'accroissement récent des taux de séropositivité dans des pays comme l'Ukraine et la Fédération de Russie illustre à la fois la rapidité avec laquelle l'infection peut se répandre au sein d'une population nationale et l'émergence d'un mécanisme de transmission potentiellement important : la migration de main-d'œuvre temporaire. Dans tout le sud du Caucase, des centaines de milliers de migrants, principalement des hommes, se rendent dans des pays comme l'Ukraine et la Russie pour y trouver un travail temporaire, ce qui entraîne d'importantes modifications de leur comportement et de celui de leur famille face au risque d'infection par le VIH.

Le présent article étudie les flux de migration temporaire en provenance du Sud-Caucase en les replaçant dans leur contexte historique et culturel, de façon à mieux évaluer leur influence sur la façon dont le VIH se transmet et se propage en Géorgie, en Azerbaïdjan et en Arménie. Quels sont les effets directs et indirects d'une importante migration de main-d'œuvre de la région sur les comportements face au risque du VIH ? Le contexte socioculturel de la région peut-il nous permettre de mieux comprendre en quoi la migration masculine externe modifie, directement et indirectement, les risques que courent les familles de migrants en général et les épouses en particulier ? Ces questions font l'objet de quatre sections distinctes. La première fait le point sur la pandémie de VIH/sida dans la région, en ciblant plus particulièrement l'évolution dans le temps des voies de transmission et des groupes à risque ainsi que les normes culturelles et sociales spécifiques qui sous-tendent les comportements à risque. La deuxième est consacrée à l'émigration de main-d'œuvre de la région. Dans la section suivante, je pousse un peu plus loin l'analyse de la façon dont le lien entre les comportements à risque face au VIH et la migration peut être théorisé, en axant essentiellement cette analyse sur les modifications potentielles de comportement au sein des familles de migrants. La dernière section enfin est consacrée aux programmes d'éducation relative au VIH/sida, de prévention et de traitement de l'infection

¹Cet article s'inspire en partie d'un projet du Fonds-en-dépôt UNESCO/Flandres : « Information, Éducation, Communication culturellement appropriées pour la prévention du VIH/sida dans les pays du Sud-Caucase ».

s'adressant plus particulièrement aux familles migrantes ; j'y souligne combien il importe d'adapter les interventions au contexte socioculturel du Sud-Caucase.

Le VIH/sida dans le Sud-Caucase

Les premiers cas d'infection par le VIH dans le Sud-Caucase ont été enregistrés à la fin des années 1980, alors que la région faisait partie de l'Union soviétique. En Arménie, en Azerbaïdjan et en Géorgie, comme dans de nombreuses régions de l'ex-Union soviétique, des campagnes massives de dépistage, concernant notamment toutes les femmes enceintes, tous les malades hospitalisés et tous les hommes recrutés dans les forces armées, ont été menées au début des années 1990. Le nombre total de cas notifiés est toutefois demeuré très faible jusqu'à la fin de la décennie, où il a commencé à augmenter nettement d'année en année, comme le montre la figure 1. En 2003, on recensait officiellement un total de 1.220 cas dans la région. Les comptes-rendus de recherches locales soulignent que la plupart des personnes séropositives s'étaient rendues à l'étranger ou avaient fréquenté des étrangers, confortant la perception du VIH/sida comme une « pathologie d'importation ».

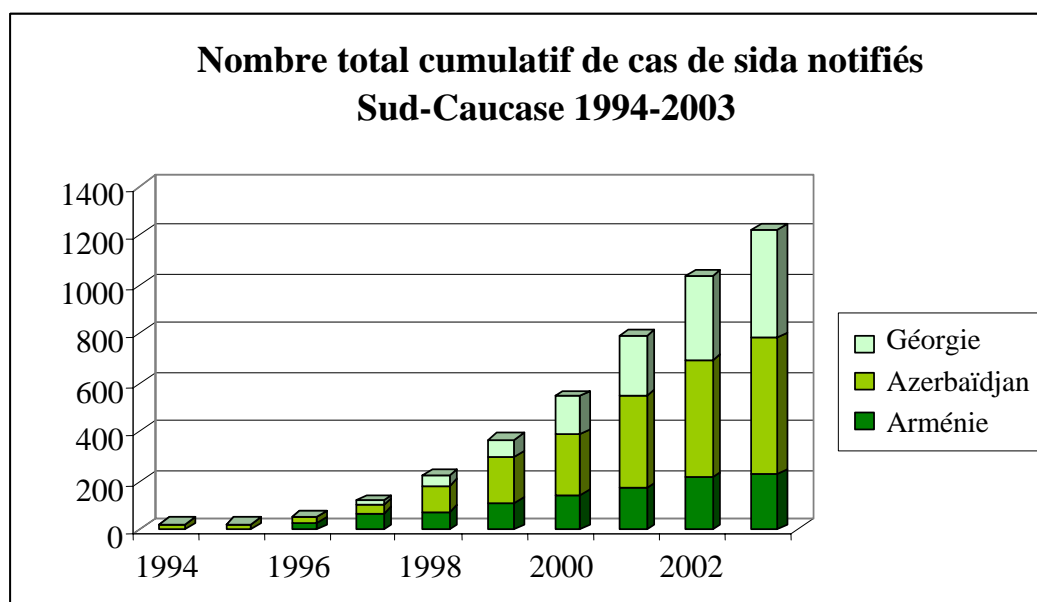


Figure 1

Source : OMS/CISID <http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=39145>

En 2003, la proportion d'adultes séropositifs recensés était de 1,93 pour 100.000 en Azerbaïdjan, de 1,42 en Géorgie, et de 0,76 en Arménie. En revanche, les taux correspondants étaient de 27,64 dans la Fédération de Russie et de 20,77 en Ukraine (OMS/CISID)¹. Comme dans les autres pays eurasiens, les personnes vivant avec le VIH sont en général jeunes, habitants des villes et de sexe masculin. Les statistiques officielles recensent un total de 127 décès liés au sida dans la région depuis 1989. Toutefois, l'évolution en cours des modes de transmission et la co-morbidité VIH et tuberculose indiquent que les cas de séropositivité et de maladies liées au sida pourraient rapidement se multiplier.

¹ Alors que la prévalence du VIH est supérieure dans la Fédération de Russie, c'est celle du sida qui est la plus élevée en Ukraine.

La principale voie de transmission de l'infection par le VIH dans le Sud-Caucase est l'usage de drogues injectables, mais la situation est en train de changer. Des cas précis de contamination lors de procédures médicales ont été recensés, mais ils demeurent rares, même si plus de 20 donneurs de sang sur 100.000 en Azerbaïdjan et en Géorgie (où les dons de sang sont traditionnellement rémunérés) sont séropositifs. Les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes continuent à faire l'objet d'une vive réprobation sociale dans la région, et l'identité des homosexuels est gardée secrète. La plupart des cas de transmission sexuelle du VIH sont attribués à une contamination hétérosexuelle, et il semble que la contamination liée au commerce sexuel tend à diminuer. Le nombre croissant de nouvelles infections attribuées à une contamination sexuelle laissent à penser que les consommateurs de drogues injectables pourraient être les vecteurs d'une transmission sexuelle, comme cela a été le cas en Ukraine au début de la période d'augmentation rapide du nombre de cas d'infection par le VIH (Euro HIV, 2004, p. 8 ; CEEHRN, 2002).

Du fait de l'importance croissante de la transmission sexuelle, la contamination ne se limite plus aux groupes à risque traditionnels et le nombre de femmes séropositives augmente dans la région. Il en résultera vraisemblablement une augmentation rapide des taux d'infection, que pourrait bien aggraver la prévalence relativement élevée de la tuberculose dans des pays comme la Géorgie. La tuberculose accroît les risques d'infection par le VIH et accélère apparemment le développement du sida chez les personnes séropositives (OMS, 2004).

Dans l'ensemble de la région, les pratiques culturelles, les normes sociales et les stratégies de suivi économique créent un environnement qui facilite la transmission du VIH et le développement du sida. Bien que distincts sur le plan culturel et religieux, l'Arménie, la Géorgie et l'Azerbaïdjan adhèrent tous à des normes profondément enracinées concernant le rôle de l'homme et de la femme et la sexualité. L'activité sexuelle hors mariage, bien que de plus en plus courante, n'en est pas moins fortement réprouvée pour les femmes. Dans le cadre du mariage, les hommes restent les détenteurs de l'autorité au sein du foyer, aux besoins duquel ils doivent subvenir. Bien que le niveau d'éducation des femmes et leur emploi hors du foyer aient considérablement progressé au cours de la période soviétique, on constate depuis l'indépendance, un taux de chômage féminin disproportionné et un retour de plus en plus marqué aux normes traditionnelles concernant le rôle respectif des hommes et des femmes, souvent encouragé par une identification religieuse croissante et la valorisation des traditions ethniques. La norme sociale veut que l'on ne discute pas des questions de santé sexuelle, même au sein de la famille. Aucun de ces pays n'a mis en œuvre un programme complet d'éducation en matière de santé sexuelle à l'école. Il s'ensuit que les jeunes femmes répugnent tout particulièrement à chercher à s'informer dans ce domaine et que nombre de jeunes gens ignorent tout des questions de santé génésique et sexuelle au moment de leurs premiers rapports sexuels. De nombreuses études nationales et régionales sur la santé génésique font apparaître un niveau de connaissances extrêmement faible quant à la transmission, aux symptômes et au traitement du VIH/sida.

L'incapacité des systèmes de santé publics de répondre à l'ampleur des besoins, la limitation des ressources gouvernementales et la généralisation de la pauvreté sont souvent citées comme limitant la capacité de l'Arménie, de l'Azerbaïdjan et de la Géorgie de lancer de façon unilatérale de vastes campagnes d'éducation, de prévention et de traitement du VIH/sida. Depuis l'indépendance en 1991, le système de santé public s'est effondré. Il existe désormais un certain nombre de cliniques privées payantes, mais elles restent hors de la portée de nombreux citoyens. Il existe aussi quelques cliniques gérées par l'État, mais la qualité des soins y est variable et, selon certaines études, les paiements officieux exigés en contrepartie des services assurés font qu'une grande partie de la population n'a pas accès aux soins « gratuits » (Lewis, 2000). Une amélioration de la situation qui serait le fait de l'État paraît peu probable. L'Azerbaïdjan et la Géorgie peuvent

espérer toucher prochainement les revenus de la vente de pétrole pour le premier et de la construction et de l'entretien de pipelines pour la seconde, mais pour le moment, les budgets nationaux sont extrêmement serrés. Dans un contexte de crédits publics limités, les exigences en matière de sécurité, les transferts publics et les projets de développement économique l'emportent souvent sur les investissements à long terme dans la santé publique.

La pauvreté généralisée qui règne dans le Sud-Caucase aggrave les problèmes de santé publique, dont le VIH/sida, qui commencent à se faire jour dans la région. Les taux de pauvreté varient considérablement selon la méthode d'estimation employée, mais la plupart des enquêtes évaluent à environ 50 % dans chacun des trois pays le pourcentage de la population qui vit en dessous du seuil national de pauvreté. La pauvreté est un facteur indirect d'augmentation du risque de contamination par le VIH, dans la mesure où elle réduit l'accès aux soins de santé, accentue les effets physiologiques négatifs du stress et entraîne une augmentation des comportements nuisibles pour la santé, comme le tabagisme, l'alcoolisme et l'usage de stupéfiants. Il existe des preuves anecdotiques de l'existence d'un lien direct entre les difficultés financières et le risque de contamination par le VIH, certaines femmes déclarant qu'elles ont été obligées de se livrer au commerce du sexe pour faire vivre leur famille (Babayan, 2002). La désorganisation de l'économie et la pauvreté qui ont caractérisé les années 1990 ont également poussé un nombre croissant de gens à émigrer pour trouver un travail temporaire à l'étranger. Le nombre des pays de destination s'est accru, l'essentiel de la migration continue à s'effectuer vers la Fédération de Russie et, dans certains cas, l'Ukraine (UNICEF, 2004). C'est là un facteur qui influera très certainement de façon déterminante sur la trajectoire du VIH dans la région, car la migration constitue un mécanisme important de propagation de l'infection dans plusieurs pays et contextes (Quinn, 1994).

La migration de main-d'œuvre du Sud-Caucase

La migration de main-d'œuvre temporaire des pays du Sud-Caucase vers la Russie correspond à une tradition déjà ancienne et le contexte économique actuel continue de générer une importante émigration facilitée par des réseaux d'aide aux migrants, déclarés ou non, datant de l'époque soviétique. À cette époque, des brigades de travailleurs de la région, souvent spécialisés dans les travaux saisonniers de construction, palliaient la pénurie de main-d'œuvre en Russie en même temps qu'elles fournissaient l'occasion aux migrants de gagner de l'argent pour financer leur mariage, la construction de leur maison et d'autres activités exigeant des capitaux (Shabanova, 1991). Ces brigades étaient souvent originaires d'une seule et même région et travaillaient à la demande dans des fermes ou des entreprises aux termes d'arrangements de travail, officiels ou informels, des plus divers. Un autre flux de transfert de population entre le Sud-Caucase d'une part, la Russie et l'Ukraine d'autre part, était celui des migrants se livrant, à plus ou moins grande échelle, à la commercialisation des produits agricoles. Malgré les bouleversements économiques qu'ont connus, pendant la période de transition de 1991, tous les États qui ont succédé à l'Union soviétique, les possibilités de travail existant en Russie et en Ukraine demeuraient relativement attirantes, cependant que les réseaux en place et les expériences préexistantes rendaient moins risquée la décision de migrer.

Depuis 1991, la région enregistre une très forte émigration. Une grande partie des départs n'étant pas enregistrée, l'ampleur de ce mouvement de population donne lieu à des estimations qui varient considérablement. Selon Gagik Yeganyan, directeur du Département de la migration en Arménie, 800.000 Arméniens au moins ont quitté le pays pendant les années 1990 (Pope, 2002). On estime qu'au minimum 500.000 personnes ont quitté la Géorgie et l'Azerbaïdjan au cours de la même période, et la région tout entière continue à enregistrer une migration nette

négative. La seule ville de Moscou compterait 250.000 migrants en provenance du Sud-Caucase, bien que 100 d'entre eux seulement soient dûment enregistrés auprès des autorités fiscales (Migration News, 2002).

De nombreuses raisons structurelles incitent les migrants à éviter de se faire enregistrer, aussi bien au départ de leur lieu d'origine que lors de leur arrivée à leur endroit de destination. Lorsqu'ils quittent une région, ils ont tendance à y demeurer enregistrés en prévision de leur retour ou pour préserver leurs droits de propriété sur leur logement. Dans leur lieu de destination, l'enregistrement peut être coûteux ou rendu malaisé du fait des restrictions en matière de visas. Bien que la délivrance de cartes d'enregistrement à tous les migrants soit désormais obligatoire dans la Fédération de Russie, obtenir le statut légal d'immigrant y demeure extrêmement difficile (ITAR/TASS, 2003). Les migrants peuvent avoir recours à des réseaux qui les aident, en leur fournissant des informations et un soutien social pendant et après la migration, à se conformer aux règlements officiels ou à les contourner (Massey et al., 1998). Tout comme pendant la période soviétique, il existe en effet des réseaux sociaux plus particulièrement actifs dans certaines régions, qui, en y facilitant la migration, en font des zones de forte émigration.

De nombreux spécialistes font état d'une féminisation de la migration internationale, mais les flux de migration en provenance du Sud-Caucase demeurent essentiellement masculins. L'ensemble de la région demeure fortement attaché aux normes sociales et culturelles qui insistent sur le rôle prépondérant de l'homme en tant que soutien économique de la famille ; ce sont donc les hommes qui émigrent dans l'espoir de trouver un emploi valable, plutôt que les femmes dont le rôle traditionnel consiste à prendre soin de la famille au quotidien. Plus importante encore est l'influence des réseaux préexistants, axés sur l'emploi des hommes, et le fait que ce sont des emplois peu qualifiés et physiquement exigeants qui sont disponibles sur le marché du travail dans les lieux de destination. Les réseaux migratoires et les liens sociaux peuvent faciliter la migration, mais les utilisateurs de ces réseaux sont en grande partie déterminés par la demande sur les marchés du travail des lieux de destination. La migration de main-d'œuvre en provenance de l'ensemble du Caucase demeure essentiellement un phénomène masculin. Diverses études indiquent que les hommes représentent entre 65 et 90 % du nombre total de migrants économiques dans la région. En outre, la plupart des migrants laisse des épouses et des enfants à charge dans leur lieu d'origine (UNICEF, 2004).

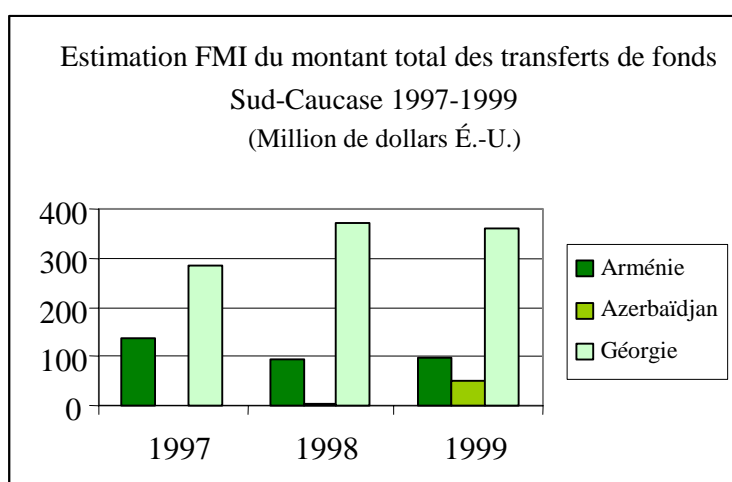


Figure 2

Source : IMF

<http://migration.ucdavis.edu/mn/data/remittances/remittances.html>

Les fonds envoyés par les migrants sont d'une extrême importance pour les économies de l'Arménie, de l'Azerbaïdjan et de la Géorgie. Ils témoignent aussi de la persistance de liens entre les individus qui migrent et leur famille demeurée sur place. La faiblesse de l'infrastructure financière dans la région et le fait que, pour des raisons liées aux politiques fiscales, ces transferts s'effectuent souvent de façon dissimulée, rendent leur évaluation extrêmement difficile. L'évolution en cours du secteur bancaire commercial et le développement des services commerciaux de transfert sont prometteurs, mais la plupart des transferts de fonds se font toujours de la main à la main, ce qui fait qu'il est extrêmement difficile de les mesurer. L'importance des montants transférés, notamment en Géorgie, dont témoigne la figure 2, tend à prouver que le migrant individuel n'est pas le seul acteur du processus migratoire. Les incidences, de ce processus, les problèmes qu'il pose et les avantages potentiels qui en résultent se répercutent sur l'ensemble des familles de migrants.

Migration, familles et risques liés au VIH/sida

Une littérature considérable est consacrée aux liens entre le processus migratoire et les problèmes qu'il pose et divers mécanismes entraînant un risque élevé d'infection par le VIH des migrants, et secondairement de leurs épouses. La plupart des travaux sur ce thème traitent essentiellement des changements qui peuvent se produire dans les attitudes et les comportements du migrant en soulignant que c'est lui qui doit s'adapter à de nouvelles fonctions socioéconomiques, à un moindre contrôle social et à un nouveau contexte tout en demeurant lié par ses obligations envers des réseaux sociaux qu'il peut avoir laissés loin derrière lui. Ces processus sont amplifiés par la nécessité d'adopter une stratégie comportementale en fonction de la durée prévue de son séjour au lieu de destination. Toutefois, au sein des systèmes familiaux, les conséquences de la migration sont-elles sensiblement différentes pour ceux qui partent et pour ceux qui demeurent sur place ? Les épouses et les enfants des migrants doivent eux aussi s'adapter à de nouveaux rôles, à un moindre contrôle social et à un contexte social qui a changé. En outre, leurs choix, là encore, sont fonction de la durée prévue et réelle de l'absence du migrant. Les modalités d'adaptation choisies par les familles de migrants restées sur place peuvent influencer directement et indirectement sur leurs risques face au VIH, qui peuvent être analogues, ou plus grands encore que ceux que court le migrant lui-même.

La migration est à l'évidence liée à un risque accru d'infection par le VIH, aussi bien pour les hommes que pour les femmes et dans des contextes socioéconomiques divers (ONUSIDA/OIM, 1998). Des travaux de recherche récents montrent que dans le cadre de leur processus d'installation et d'adaptation à de nouveaux rôles socioéconomiques, les migrants entreprennent un travail actif de renégociation et de reconstruction de leur sexualité, comme on l'a constaté au Ghana (Anarfi, 1993). Des données recueillies en Inde montrent que, dans un contexte de pression et de contrôle social moindres, les migrants peuvent avoir tendance à se livrer au commerce du sexe ou à avoir recours à des professionnels du sexe (Mishra, 2004). De même, dans un contexte social modifié où ils sont exposés à davantage de risques et soumis à un moindre contrôle de la société, ils peuvent tendre à avoir davantage de partenaires que les non migrants, comme c'est le cas au Mexique (Magis-Rodriguez et al., 2004). Dans les pays de l'ex-Union soviétique, les migrants peuvent chercher à atténuer le stress de la réinstallation en ayant recours aux drogues ou à l'alcool, comportement qui au mieux les empêche de prendre des décisions rationnelles et au pire leur font courir un risque direct d'infection par le VIH (CEEHRN, 2002). Enfin, les migrants ont généralement moins recours aux soins de santé et aux traitements médicaux, faute d'informations quant aux services disponibles dans leur lieu de destination, aux moyens d'y accéder et à leur coût (Decosas et al., 1995). De nombreuses études

consacrées au lien entre la migration et le risque d'infection par le VIH mettent l'accent sur les processus d'adaptation et de prise de décision des migrants. Elles reconnaissent le risque accru que courent leurs partenaires, mais considèrent qu'il s'agit d'un risque secondaire imputable à l'activité à haut risque des migrants eux-mêmes. Les initiatives suggérées pour diminuer efficacement le risque ciblent généralement le lieu de destination et les migrants en tant qu'individus (Dawson et Gifford, 2003). Une approche théorique plus large incluant les membres des familles des migrants en tant que décideurs actifs permet d'étudier de façon plus approfondie les facteurs sexuels de risque sanitaire au sein des communautés d'origine des migrants en général et est particulièrement indiquée dans le Sud-Caucase, où la migration a des incidences directes et indirectes sur plusieurs facteurs comportementaux et relationnels de risque lié au VIH/sida.

Les membres de familles de migrants ont des difficultés analogues à celles des migrants eux-mêmes s'agissant de s'adapter à la modification de leur environnement culturel, social et économique. C'est particulièrement vrai des partenaires féminines et des épouses adultes des migrants. L'étude des femmes migrantes ne permet pas à elle seule d'appréhender pleinement les conséquences de la migration pour les femmes, en particulier en termes de risque de contamination par le VIH/sida. La migration d'un membre de leur foyer, en particulier s'il s'agit de leur compagnon ou de leur conjoint, peut exercer une profonde influence sur les comportements et les relations à risque des femmes et sur la possibilité d'une communication entre parents et enfants concernant les questions de santé sexuelle et génésique.

L'émigration de membres d'un foyer peut entraîner le réexamen et le rééquilibrage des rôles de la famille et, dans certains cas, des femmes au sein de cette dernière. Cette renégociation peut se faire au profit des épouses et partenaires féminines, l'émigration des hommes se traduisant souvent par plus d'autonomie pour les femmes. Bien que l'on dispose de peu de données permettant de déterminer si cette autonomie accrue subsiste après le retour des hommes migrants, elle est de nature à élargir le champ des comportements que peuvent adopter les femmes des familles de migrants pendant que dure la migration. En revanche, la migration temporaire d'hommes adultes peut avoir pour effet l'augmentation du nombre de foyers qui, sans être officiellement déclarés comme tels, sont dirigés par des femmes, foyers qui, dans l'ensemble de la région, sont particulièrement exposés à toute une série de problèmes. Cette vulnérabilité peut résulter indirectement de la pauvreté résultant d'une interruption des envois de fonds. Ceux-ci représentent pour les familles un moyen d'assurer leur subsistance économique et leur stabilité dont la précarité est aggravée par les aléas du système bancaire dans le Sud-Caucase. Les manifestations directes de cette vulnérabilité peuvent prendre la forme d'un affaiblissement de la position de la femme au sein de la communauté, de sa marginalisation sociale et de son exploitation potentielle par ses parents et voisins masculins. Enfin, élever les enfants et en assurer l'éducation sanitaire représente un fardeau encore plus lourd pour les femmes à la tête de foyers de migrants.

Les travaux précédemment menés sur la migration et le sida mettent en lumière les risques qu'entraîne la migration de main-d'œuvre masculine pour les épouses non migrantes en termes de moindre capacité de négociation et de dépendance sociale et économique à l'égard du migrant. L'épouse non migrante est souvent considérée comme courant un *risque relationnel* du fait de ses rapports avec un époux ou un partenaire migrant. Des études portant sur divers contextes indiquent que les hommes migrants ont davantage tendance à adopter des comportements à haut risque. Lorsqu'ils rentrent chez eux, ils transfèrent ce risque à leurs épouses et partenaires féminines qui, en raison des normes culturelles, de leur dépendance économique et des pratiques sociales en vigueur, ne sont généralement pas en position de mettre en question la fidélité de leur partenaire ou de négocier l'utilisation de préservatifs.

Ce risque relationnel a également des effets indirects, dans la mesure où l'absence d'un conjoint ou d'un partenaire masculin peut entraîner ou aggraver la situation de faiblesse relative de la femme. Les femmes qui n'ont pas de conjoint ou de partenaire vivant avec elles peuvent devenir la cible d'une exploitation économique ou sexuelle par les autres membres de la communauté. Dans les régions de forte émigration temporaire, les femmes peuvent s'unir pour réduire au minimum les possibilités d'exploitation, mais là où les foyers ayant à leur tête une femme sont rares ou considérés comme transgressant les normes sociales, les femmes sont davantage exposées au risque d'exploitation. Enfin, bien qu'aucune enquête de grande échelle n'ait été menée sur le sujet, certaines preuves anecdotiques indiquent que les hommes qui pratiquent les formes traditionnelles de migration temporaire dans le Sud-Caucase sont souvent plus traditionalistes que les autres sur le plan culturel. Des entretiens informels semblent confirmer qu'ils jugent souvent acceptable la violence envers leur femme. Les victimes de violence domestique, masculines ou féminines, sont indirectement exposées à un risque du fait de leurs relations avec leur partenaire. Entamer avec ce dernier des discussions concernant l'utilisation des préservatifs ou l'infidélité comporte souvent plus de risques que d'avantages potentiels.

Il est essentiel, pour comprendre la façon dont la migration des hommes influe sur le risque d'infection par le VIH de leurs conjointes et partenaires féminines, de prendre en compte les facteurs de risque relationnel aussi bien direct qu'indirect. Toutefois, dans la mesure où elles considèrent la situation sociale et économique des femmes essentiellement par rapport à la migration masculine, les approches axées sur le risque relationnel tendent à minimiser l'autonomie et le rôle actif des femmes. La migration est un processus social, qui modifie les conditions dans lesquelles les priorités sont établies, les décisions prises et les comportements adoptés. La meilleure façon d'appréhender la migration consistant à y voir un processus s'inscrivant dans des systèmes familiaux, il est particulièrement important de s'intéresser de plus près à la façon dont elle influe sur les décisions et les comportements des femmes qui restent sur place. Étendre notre connaissance des effets de la migration sur les femmes au sein des systèmes familiaux à celle des facteurs de *risque comportemental* permet de mieux apprécier le rôle actif des femmes et de mieux comprendre les liens entre migration et risque d'infection par le VIH.

Le risque accru que courent les femmes ou les compagnes des migrants peut être dû à l'adoption de comportements à risque mais dépend aussi de la priorité qu'elles accordent aux soins et aux investissements en matière de santé, y compris à l'éducation des enfants à la santé génésique et sexuelle. Elles peuvent, tout comme les migrants eux-mêmes, avoir recours, pour faire face aux difficultés que connaît la famille, à la consommation d'alcool ou de drogues. L'absence de l'époux peut se traduire par un moindre contrôle et une moindre pression de la société et plus de possibilités d'adopter diverses stratégies d'adaptation. L'absence prolongée de l'époux peut également signifier la multiplication des partenaires sexuels de la femme. Si en principe, dans toute la région, les femmes sont soumises, sur le plan sexuel, à des règles extrêmement restrictives, certaines enquêtes nationales et entretiens menés par des spécialistes indiquent que certaines femmes sont sexuellement actives avant le mariage et hors mariage ; c'est la une question qui demande à être étudiée plus avant. Les comportements qu'adopte la conjointe ou la partenaire non migrante doivent donc également être pris en compte.

De même, les décisions que prennent ces femmes en ce qui concerne le recours aux services sanitaires et l'argent qu'elles y consacrent ont une incidence considérable sur la santé de la famille. Dans tout le Sud-Caucase, les femmes sont responsables de leur santé ainsi que du bien-être de leurs enfants et de leur conjoint, mais elles n'ont pas toujours les moyens financiers d'investir dans des soins de santé. La précarité des ressources économiques que constituent les transferts de fonds peuvent se traduire par une fragilité du budget du ménage qui limite les choix

en matière de santé. Elles peuvent considérer les traitements médicaux, de plus en plus chers dans la région, même s'ils sont nécessaires, et surtout s'il s'agit de se soigner elles-mêmes, représentent une dépense à laquelle il vaut mieux renoncer. Étant donné que le risque de contracter le VIH est d'autant plus élevé que l'accès aux soins de santé est moindre, les décisions dans ce domaine sont particulièrement importantes.

Enfin, la migration temporaire a une incidence sur la responsabilité parentale au sein du foyer, car elle modifie le contexte dans lequel sont prises les décisions concernant l'éducation sanitaire des jeunes adultes. Lorsque, comme c'est le cas dans le Sud-Caucase, la migration de main-d'œuvre tend à être essentiellement masculine, les soins et l'éducation des enfants constituent une charge qui repose plus lourdement sur les épaules des femmes qui sont *de facto* à la tête du foyer. Si les études menées à ce jour dans la région indiquent que la transmission aux jeunes adultes d'informations en matière de santé génésique et sexuelle au sein de la famille est très réduite, cette transmission, lorsqu'elle existe, se fait entre personnes d'un même sexe. Les mères et les tantes abordent ce thème avec les filles, les pères et les oncles avec les fils. Dans ces conditions, la transmission familiale d'informations en matière de santé génésique et sexuelle, notamment à l'intention des jeunes hommes, peut souffrir de l'absence d'un père migrant. Or, cette transmission familiale est d'autant plus importante qu'il n'existe pas dans les pays de la région de programmes nationaux d'éducation dans ce domaine. Dans les familles de migrants, cette transmission, qui, selon les normes culturelles, doit se faire entre membres d'un même sexe ne s'opère plus, et les mères ont des décisions difficiles à prendre concernant l'information des jeunes hommes de la famille. Discuter des questions de santé génésique et sexuelle avec tous les jeunes adultes de la famille apparaît certes difficile au regard des normes culturelles existantes, mais décider de ne pas le faire c'est augmenter la probabilité de voir le niveau général des connaissances dans ce domaine demeurer extrêmement faible et augmenter de ce fait le risque d'infection par le VIH.

Implications et discussion

La migration de main-d'œuvre du Sud-Caucase est de grande ampleur, essentiellement masculine, à destination de régions comme la Russie et s'accompagne d'une augmentation sensible des taux de prévalence du VIH. Bien que la région ne figure que depuis peu dans la zone touchée par la pandémie de VIH/sida, la conjonction de ce phénomène migratoire avec l'augmentation des taux de prévalence, la mauvaise connaissance du problème, et le passage de la transmission par consommation de drogues injectables à la contamination sexuelle, donne lieu à de sérieuses inquiétudes quant à la future propagation de la pandémie dans la région. Le présent article tente de mettre en lumière l'importance qu'il y a à prendre en compte les risques potentiels, d'ordre relationnel et comportemental, que courent les conjointes et partenaires féminines des migrants pour appréhender l'incidence de la migration temporaire de main-d'œuvre sur les situations et les comportements associés à un fort risque d'infection par le VIH. La migration a pour effet de modifier les conditions de la prise de décisions par les femmes qui restent sur place. Les décisions d'ordre social, comportemental et économique que prennent ces femmes, qui font souvent fonction de chef de famille, sont influencées par la migration mais reflètent également leur autonomie et leur rôle actif, souvent occultés par des approches exclusivement axées sur le risque relationnel. Étudier la façon dont les femmes agissent et s'adaptent à la migration temporaire de main-d'œuvre permet de comprendre comment le réseau familial fait face à la situation et quelle est la relation entre les mécanismes d'adaptation utilisés et le risque potentiel d'infection par le VIH.

Une approche axée sur les familles de migrants - femmes et enfants - peut constituer le point de départ prometteur d'interventions et de mesures éducatives en matière de santé sexuelle. Des efforts accrus ciblant les lieux où s'effectuent les transferts de fonds, les bureaux de postes et les centraux téléphoniques internationaux peuvent permettre de répondre efficacement aux besoins non seulement du migrant, mais de toute sa famille. Des initiatives visant à améliorer la transmission familiale d'informations en matière de santé sexuelle et génésique, sans perdre de vue les normes culturelles, pourraient utilement aider les jeunes femmes. Des programmes de ce genre ne répondront toutefois pas aux besoins des jeunes hommes des familles de migrants, pour lesquels d'autres interventions seront nécessaires. Des initiatives notamment en matière d'éducation, destinées aux migrants pris individuellement, peuvent s'avérer efficaces, mais ne permettront pas de répondre aux besoins des femmes qui font fonction de chef de famille dans les régions d'origine ; il est essentiel pour cela de mieux appréhender les risques relationnels et comportementaux de ces femmes.

Depuis quelques décennies, les spécialistes de la migration, délaissant de plus en plus la conception néoclassique de la migration comme étant le fait d'individus, prennent davantage en compte, comme fondement de leur analyse, les familles et les réseaux migratoires (Massey et al., 1998 ; Castles et Miller, 2003). Cette nouvelle approche tente de répondre à la question « qui migre ? » en prenant en compte, au-delà des expériences individuelles les conséquences directes et indirectes de la migration au sein de réseaux comme la famille. Pour évaluer correctement le rôle que jouent la migration et les relations entre les sexes en matière de risque lié au VIH, l'analyse doit chercher à mettre en évidence les incidences de la migration aussi bien sur ceux qui se déplacent physiquement que sur ceux qui, du fait de leurs relations avec ces derniers, subissent une modification notable de leur situation, de leur environnement et des possibilités de décision qui sont les leurs. Autrement dit, dans des sociétés comme celles du Sud-Caucase où les liens familiaux sont forts, ce ne sont pas seulement des individus qui migrent, mais des familles tout entières.

Références bibliographiques

- Anarfi, J. Sexuality, AIDS and Migration in Ghana. *Health Transitions Review*, 4 (suppl), 1993, pp. 273-295.
- Babayan, K. Armenia: Reducing Sexually Transmitted Infections Among CSWs. *Entre Nous*, 14, 2002. 53 pp.
- Castles, S.; Miller, M. *The Age of Migration*. 3^e ed. New York, Guilford Press, 2003.
- Réseau de réduction des risques d'Europe centrale et orientale (CEE-HRN). *Injecting Drug Users, HIV/AIDS Treatment and Primary Care in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union*. Vilnius, Lituanie, 2002.
- Dawson; Gilford. Social change, Migration and Sexual Health: Chilean women in Chile and Australia. *Women Health*, vol. 38, n°4, 2003, p. 39-46.
- Decosas, J.; Kane, F.; Anarfi, J.K.; Sodji, K.D.; Wagner, H.U. Migration and AIDS. *Lancet*, 23:346 (8978), Sept. 1995, p. 826-8.
- EuroHIV. *HIV/AIDS Surveillance in Europe End-year Report 2003*. Saint Maurice, Institut de veille sanitaire, n°70, 2004.
- _____. *HIV/AIDS Surveillance in Europe Mid-year Report 2003*. Saint Maurice, Institut de veille sanitaire, n° 69, 2003.

ITAR/TASS. 285, September 2003.

Organisation internationale pour les migrations (OIM). *The Return and Reintegration of Migrants to the Southern Caucasus: An Exploratory Study*. Genève, OIM, 2002.

http://www.iom.int/DOCUMENTS/PUBLICATION/EN/Caucasus_study.pdf

_____. *HIV/AIDS: Prevention and Care Among Mobile Populations in the Balkans*. Genève, OIM, 2001.

Lewis, M. *Who is Paying for Health care in Eastern Europe and Central Asia*. Washington D.C., Banque mondiale, 2000.

Magis-Rodriguez, C.; Gayet, C.; Negroni, M.; Leyla, R.; Brav-Garcia, E.; Uribe, P.; Bronfman, M. Migration and AIDS in Mexico: An Overview Based on Recent Evidence. *JAIDS: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 37, n°4, 2004, pp. S215-S226.

Massey, D.; Arango, J.; Hugo, G.; Kourouci, A.; Pellegrino, A.; Taylor, J. *Worlds in Motion*. Oxford, Clarendon Press Oxford, 1998.

Migration News. *Russia/Eastern Europe*, vol. 9, n°5, 2002.

Mishra, A. Risk of Sexually Transmitted Infections among Migrating Men: Findings from a Survey in Delhi. *Asian and Pacific Migration Journal*, vol. 13, n°1, 2004, pp. 89-105.

Pope, H. Armenia, After a Decade of Statehood, Suffers Rapid Loss of Human Capital. *Wall Street Journal*, 6 juillet 2001, pp. 4.

Quinn, T. Population Migration and the Spread of Types 1 and 2 Human Immunodeficiency Viruses. *Proceedings of the National Academy of Science, USA*, vol. 91, n°7, 1994, pp. 2407-2414.

Shabanova, M. *Sezonnaya i postoyannaia migratsiia naseleniia v sel'skom raione* [Seasonal and permanent population migration in a rural raion]. Novosibirsk, Nauka, 1991.

ONUSIDA; OIM. Migration and AIDS. *International Migration*, vol. 36, n°4, pp. 445-468.

ONUSIDA. *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*. 4th Global Report, 2005.

UNICEF. *Innocenti Social Monitor 2004*. Florence, Innocenti Research Centre, 2004.

Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe. *Centralized Information System for Infectious Disease*. (OMS/CISID).

Organisation mondiale de la santé. *HIV Treatment and Care: WHO Protocols for CIS Countries*. Version One, Genève, mars 2004.

Le 5^e H : de la question des femmes immigrées face au sida en France

Sandrine MUSSO

Doctorante en anthropologie à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales¹

En 1988, le magazine *Cosmopolitan* publie un article d'un psychiatre « qui soutenait une thèse selon laquelle les femmes dont le vagin était en bonne santé n'avaient pas à se soucier du sida, même au cas où elles auraient eu des rapports sexuels avec une personne infectée » (Elbaz, 2004, p.68). L'article précisait toutefois que certaines femmes étaient particulièrement vulnérables : les « femmes africaines ». L'existence d'une contamination hétérosexuelle du sida en Afrique était ainsi liée à « l'existence de pratiques sexuelles basées essentiellement sur la violence (...) qui seraient considérées comme des viols selon nos standards alors qu'ils représentent là-bas une sexualité "normale" » (Crimp, 1990). Les jours suivants la parution de cet article, des membres de la commission femmes de l'association Act-Up New York tiennent une manifestation devant les bureaux du magazine, pour en dénoncer l'auteur et réclamer la publication d'un droit de réponse. C'est l'acte de naissance d'un activisme centré sur la question des femmes dans l'épidémie. À New York à la fin des années 1980, le sida est alors la première cause de mortalité des femmes entre 25 et 34 ans, en majorité des « noires ou latino américaines qui ne pouvaient avoir accès aux essais cliniques, et plus généralement aux soins médicaux » (Elbaz, 2004).

L'anecdote pourrait sembler folklorique si elle ne mettait en exergue une dimension fondamentale des enjeux et usages sociaux de la catégorie des femmes dans l'histoire du sida : la lutte contre l'invisibilité.

Quelques années plus tard, en 1993, le président Clinton signe le *NIH Revitalization Act*, qui impose entre autres choses l'obligation de s'assurer que les femmes et les membres de minorités ethniques font l'objet d'une « inclusion comme sujets » dans les essais cliniques, jusque là quasiment réservés dans les faits aux hommes blancs, homosexuels et issus de la classe moyenne (Epstein, 2004). La même année, certains cancers féminins sont inclus dans la liste des pathologies définissant le sida, augmentant ainsi de manière non négligeable le nombre de cas de sida féminins en Amérique du Nord (Elbaz, 2004).

Par ailleurs, dans les pays du sud, la problématique de l'accès des femmes aux anti-rétroviraux s'est longtemps limitée à une prise en charge au moment de la grossesse afin d'éviter la contamination de l'enfant à naître. C'est donc seulement en tant que « reproductrices » qu'étaient pensées les femmes, et leur santé prise en charge. Aujourd'hui, des questions touchant spécifiquement les femmes – comme les enjeux sociaux du non-allaitement ou l'accompagnement des malades – restent encore largement ignorées. Ainsi, l'étude des stratégies de substitution à l'allaitement maternel est quasiment inexistante. Comme le souligne Alice Desclaux (2004), le caractère « genré » des objets de recherche légitimes opère une cécité sélective. Il en est de même en France où, jusqu'en 1995, les femmes n'étaient pensées en tant que groupe spécifique qu'« au travers de deux situations particulières, la grossesse et la prostitution »². Ce n'est que depuis 1997

¹ Je tiens à remercier Alice Desclaux pour ses critiques et remarques sur une première version de ce texte, ainsi que la cellule Sciences de l'Homme et de la Société de l'ANRS.

² Conseil National de l'évaluation, Commissariat général du plan. *La politique de lutte contre le sida, 1994-2000*. Rapport de l'instance présidée par Christian Rollet, 2004.

que les politiques publiques en matière de prévention les prennent pour cible en tant que « femmes », et plus seulement comme « mères » ou « prostituées ».

Ces éléments, disparates en apparence, illustrent la prise en compte tardive des enjeux de l'épidémie au féminin, mais aussi les représentations récurrentes construites autour des femmes en tant qu'objets des politiques de prévention et/ou de prise en charge.

Mais l'anecdote rapportée en introduction éclaire aussi une autre dimension des discours de santé publique sur le sida, à travers la référence faite aux femmes africaines. Quelques outranciers qu'aient été les arguments relatifs aux « comportements sexuels africains », ils s'inscrivent néanmoins dans la séquence historique particulière de la construction d'une figure du « sida africain » (Dozon et Fassin, 1989). C'est alors le thème de la « promiscuité » et l'attention quasi-obsessionnelle et « sur-culturalisante » à des comportements sexuels particulièrement « laxistes » (Fassin, 1999) qui constituent le schème d'appréhension des enjeux de l'épidémie dans cette région du monde, occultant par là même non seulement les autres modes de transmission de l'infection, mais aussi l'économie politique constituant le socle de l'inégale répartition du VIH (Fassin, 2004). Du fait de l'importance du mode de transmission hétérosexuelle en Afrique, les femmes africaines ont fait partie très tôt des constructions sociales du sida (Le Palec, 1997).

C'est pourquoi plus globalement la question des femmes dans l'épidémie s'inscrit au sein d'une paradoxale oscillation entre invisibilité et visibilité (ou mise en accusation), plus que dans une trame univoque. C'est ce paradoxe que la première partie de cet article tentera de décrire et d'expliquer, à l'aide d'éléments d'analyse anthropologique qui soulignent les invariants au sein desquels s'inscrivent les enjeux sociaux de la sexualité et les constructions du masculin et du féminin.

L'analyse de ce paradoxe renvoie à deux traits saillants principaux. Le premier est lié à l'histoire de l'épidémie, et le second réfère de manière plus large aux enjeux et à l'impact de la domination masculine et des inégalités dans les rapports de genre que donnent à voir les représentations du corps des femmes – des théories profanes ou scientifiques de la « conception » dans l'histoire de la médecine aux discours populaires sur les « maladies sexuellement transmissibles » comme étant des « maladies des femmes ».

Ce cadre général posé, on s'intéressera plus particulièrement à la question des femmes étrangères et/ou immigrées face au sida en France, en prenant l'exemple d'une émigration/immigration particulière afin d'inscrire cette question dans la temporalité sociale et historique où elle se déploie. Aujourd'hui en France, la question des femmes étrangères et/ou immigrées face au sida réfère, dans les statistiques épidémiologiques, à la grande visibilité des femmes originaires d'Afrique sub-saharienne dans les nouvelles contaminations. Ce phénomène excède de loin le territoire national : il s'agit d'une tendance majeure de l'épidémie en Europe occidentale, qui renvoie en partie aux difficultés d'accès aux traitements dans la plupart des États européens. Cependant, l'exemple exposé sera celui des femmes originaires des émigrations/immigrations en provenance du Maghreb : en effet, celles-ci constituent historiquement la première « catégorie » de femmes à propos desquelles des travaux de recherche ont été effectués. Dès 1991, le Conseil National du Sida, instance d'éthique nationale créée pour s'occuper spécifiquement de cette pathologie, commande à deux anthropologues une recherche sur les « femmes musulmanes face au sida » (Marzouk, 1991 ; Shabou, 1991). À un moment où l'absence de travaux sur les femmes est remarquable, c'est donc le thème des « femmes musulmanes » qui émerge – ce qui fait écho également au fait que le terme « migrants », dans les domaines de la prévention et/ou de la prise en charge du sida en France, a longtemps « évoqué

les ressortissants du Maghreb qui vivent dans les banlieues des grandes villes, dans des tours construites dans les années 1960 et 1970 » (Haour-Knipe, 1998, p.162).

Ainsi, la « question immigrée » dans les politiques du sida en France recouvre en fait deux ordres de phénomènes. À l'échelle des politiques d'immigration, l'arrêt officiel de l'immigration de travail en 1974 a entraîné, via l'incitation au regroupement familial, l'installation durable d'une immigration issue du Maghreb, liée à l'histoire coloniale française, et venue « grossir les rang des catégories défavorisées » (Fassin 2002, p.15). En second lieu, le durcissement des conditions d'entrée et de séjour dans le courant des années 1990 a donné lieu à la « production d'irréguliers », soit à l'augmentation des personnes sans papiers – qu'il s'agisse de primo-arrivants ou de personnes dont le titre de séjour n'a pu être renouvelé ou obtenu même après de nombreuses années de résidence dans le pays. Dans cette configuration, la mise en relation de l'immigration et du sida fait apparaître deux questions. La première est celle des sans-papiers, et s'inscrit de manière concomitante dans l'économie politique des inégalités nord/sud et dans le durcissement des lois répressives régulant l'entrée et le droit de séjour sur le territoire national, qui a entraîné d'importantes difficultés dans l'accès à la prise en charge pour les étrangers en situation administrative précaire. Depuis 1998 – date à laquelle la France a pris des dispositions d'inexpulsabilité, puis d'accès à un titre de séjour temporaire pour l'étranger malade atteint de pathologie grave¹ – la maladie ouvre l'accès, dans une logique compassionnelle, à la reconnaissance d'un statut sur le territoire. La seconde question est celle que nombre de pays, surtout anglo-saxons, nomment les « minorités ethniques » (Fassin, 2002) : à savoir la sur-représentation dans les niveaux d'infection et des problèmes d'accès aux soins (attestée en partie par les chiffres mais aussi par les observations des acteurs socio-sanitaires) des personnes issues des émigrations/immigrations en provenance du Maghreb, de nationalité française pour la plupart.

Si aujourd'hui les chiffres des nouvelles contaminations rendent essentiellement compte d'un phénomène migratoire plus récent, qui est donc mis au devant de la scène², l'exemple des migrations post-coloniales en provenance du Maghreb choisi dans la seconde partie de cet article a une double vertu heuristique.

Cet exemple permet en premier lieu d'inscrire la question du genre et de la condition sociale d'immigrée au sein d'une temporalité plus longue, permettant de saisir le lien entre les macro-phénomènes affectant la société et les trajectoires féminines dont il va être question. En second lieu, cet exemple permet de s'intéresser à des contextes où les sociétés d'origine ne connaissent pas une situation épidémiologique comparable à celle de certains pays d'Afrique subsaharienne. Le Maghreb connaît en effet une situation épidémiologique de prévalence faible du sida, bien que les acteurs locaux redoutent un développement de l'épidémie dans les années à venir (Jenkins et Robalino, 2004). En outre l'histoire de l'épidémie dans cette région du monde est inscrite d'emblée dans les traces d'une histoire coloniale. Car qu'il s'agisse de l'Algérie, du Maroc ou de la Tunisie, les premiers cas de sida dans la deuxième moitié des années 1980 sont liés dans leur majorité à des personnes ayant vécu en Europe et qui ont été expulsées dans le pays

¹ La France est le seul pays en Europe à avoir défini une catégorie juridique inédite, celle de l'« étranger malade atteint de pathologie grave nécessitant une prise en charge dont le défaut dans son pays d'origine aurait des conséquences d'une exceptionnelle gravité », art. 12 bis 11 de l'ordonnance de 1945. Cf Musso-Dimitrijevic S. L'« étranger malade » : éléments d'histoire sociale d'une cause. Dans : Fassin D. (dir) Un traitement inégal, les discriminations dans l'accès aux soins. Rapport du CRESPI, 2001.

² Le 8 juin 2004, Le Ministre français de la Santé écrivait dans un grand quotidien à l'occasion de la publication des chiffres des nouvelles séropositivités : « C'est peut-être là une des leçons majeures de ce nouveau tableau épidémiologique : il est illusoire et dramatique de penser que, face à des épidémies à transmission inter-humaine, la contagion dans les autres pays ne nous concerne pas. Le SRAS nous l'a rappelé. Le sida nous le répète. Il ne faut pas avoir peur de le dire. L'épidémie en France est aussi le reflet de celle qui s'étend, hors de tout contrôle, dans les pays du Sud et en particulier en Afrique. »

d'origine de leurs parents à l'issue d'une trajectoire souvent marquée par un usage de drogue par voie intra-veineuse et une expérience carcérale. Ainsi, outre la figure de l'« étranger » partout vu comme l'« importateur originel du virus », se greffe dans les sociétés d'origine au début de l'épidémie une représentation de l'« émigré » comme étant « à risque » ou responsable de l'importation de l'épidémie (*Le Journal du sida*, 1997 ; Dialmy, 1998).

Les femmes entre invisibilité et mise en accusation.

Les effets sociaux des théories des origines

Dans son histoire du sida, Gmerck (1986) rappelle que la théorie des 4 H, élaborée par les épidémiologistes nord-américains à partir d'une « série limitée de cas » (Pollack, 1991), en comptait parfois un cinquième. Ainsi, si les Homosexuels, les Héroïnomanes, les Hémophiles et les Haïtiens étaient désignés comme les groupes à risque fondateurs, un cinquième pouvait parfois leur être adjoint, les *hookers*, c'est-à-dire les prostituées. Il a été souligné que la « maladie a été pensée essentiellement masculine et la fameuse série des 4 H s'entend au masculin (...) cette série d'occultation constitue en soi, pour l'anthropologue, un ensemble de données qui rendent lisibles les rapports de domination et d'inégalité dont l'analyse renvoie forcément aux rapports sociaux de sexe » (*Journal des anthropologues*, 1997), mais le cinquième H de la série a peu été commenté¹. C'est pourtant bien de lui qu'il s'agit dans la plupart des représentations où les femmes sont incriminées.

Laurent Vidal, à propos de son terrain sur le sida en Afrique, interroge la définition de la prostitution :

Nous savons à cet égard que ce terme recouvre une importante diversité de comportements et de situations sociales individuelles (en fonction du nombre de partenaires, du prix de la relation sexuelle, de l'utilisation ou non de préservatifs). Dès lors observer des pratiques de prostitution pour ensuite dissenter sur "la prostitution" relève de l'amalgame entre catégories analytiques et catégories empiriques. (Vidal, 2000)

L'usage social du terme « prostitution » peut aussi recouvrir un ensemble de signes (vêtement, maquillage, etc.) aboutissant à la stigmatisation de l'ensemble des femmes non mariées en âge de procréer. Alors que dans les pays du nord le sida s'avère dans les premières années de son développement une maladie essentiellement masculine (et singulièrement gay), dans de nombreuses sociétés africaines « les femmes ont été d'emblée présentes dans la construction sociale de l'épidémie »². Le sida étant toujours la « maladie des autres », à l'ailleurs et à l'altérité que véhiculent les catégories de « gay » et de « toxicomanes » au nord répondent celles de « prostituées » et de « migrants » au sud (Taverne, 1995).

¹ En dehors des travaux de Laurent Vidal (2000) qui, à propos de l'Afrique, note combien la catégorie prostitution ne peut être entendue comme une catégorie en soi.

² Le Palec A. Un virus au cœur des rapports sociaux de sexe. *Le Journal des anthropologues*, Femmes et sida, n°68-69, 1997, p.111.

Dans un grand nombre de langues et de sociétés, les infections sexuellement transmissibles sont qualifiées de « maladies de femmes ». Qu'il s'agisse des sociétés kanakes¹ ou du Burkina Fasso², des chercheurs se sont penchés sur les nosographies populaires relatives à ces « maladies de femmes ».

Au Maroc, le terme *El berd*, qui signifie « le froid », tend à désigner l'ensemble des maladies sexuellement transmissibles, qualifiées par ailleurs de « maladies de femmes ». La blennorragie peut ainsi être attribuée au froid. Un grand nombre de prescriptions et de proscriptions ont à voir avec la nécessité pour le corps féminin de lutter contre le froid qui le caractérise de manière ontologique. Ainsi, quand une femme n'arrive pas à tomber enceinte, on lui donne des décoctions qui ont pour objectif de « réchauffer sa matrice », mais qui lui sont prohibées au moment de la grossesse, notamment dans les premiers mois où il faut prendre garde à ne pas provoquer un excès de chaleur – la chaleur caractérisant l'état de la femme enceinte qui ne perd plus son sang tous les mois.

Pour Françoise Héritier, la dualité du chaud et du froid pour caractériser les corps masculins et féminins renvoie à ce qu'elle nomme la « valence différencielle des sexes ». C'est la volonté de contrôler le pouvoir exorbitant du corps des femmes, à savoir celui d'enfanter non seulement de l'identique (des filles) mais aussi du différent (des garçons), qui fonde en une légitimité tenue pour « naturelle » la transformation de différences constatées empiriquement dans un cadre hiérarchique :

Il est important d'avoir à l'esprit que d'autres éléments appartiennent aussi au socle dur primordial des observations faites par nos lointains ancêtres : la vie s'accompagne de la mort; la chaleur du sang connote la vie, et le sang perdu par les femmes signale leur moindre chaleur par rapport aux hommes ; la copulation est nécessaire pour qu'il y ait naissance ; tous les actes sexuels ne sont pas nécessairement féconds ; les parents précèdent les enfants et les aînés les cadets ; les femmes se reproduisent à l'identique, mais elles ont aussi la capacité exorbitante de produire des corps différents d'elles. (Héritier, 1998, p.25)

C'est cette dernière observation qui porte en elle, selon Françoise Héritier, le moteur et le germe d'une pensée de la hiérarchie. Dans de nombreuses sociétés, les théories de la conception avancent que seul le sperme et le sang président au développement du fœtus, lequel grandit ou se nourrit grâce à la semence versée au cours des rapports sexuels, au sein d'une matrice pouvant être considérée comme un simple réceptacle³. C'est encore le sperme qui chez les Yoruba permet à la femme d'avoir du lait à donner à son enfant, même si dans nombre d'autres sociétés, des interdits sexuels stricts sont observés dans la période qui suit l'accouchement, le sperme étant réputé pouvoir « gâter le lait » (Héritier, 1986).

Au-delà des représentations de la conception et des rites de passages entre hommes qui viennent inscrire l'accès au statut viril dans le cadre d'une « naissance sociale » dont les femmes

¹ Salomon-Nékiriai C. Le sida dans les sociétés kanakes : maladie des femmes ou/et maladie des blancs. Le Journal des anthropologues, op.cit., p.129-141.

² Tavernier B. ; Egrot M. Les maladies de femmes. Dans : Jaffré Y. ; Bonnet D. Les Maladies de passage. Paris, PUF, 2003.

³ Il faut toutefois relativiser cette proposition, dans la mesure où selon les sociétés, ce ne sont pas les mêmes substances auxquelles est attribué un rôle déterminant dans la création du fœtus. Pour une synthèse des différentes théories de la conception, voir Godelier M., 2004.

sont absentes (Godelier, 1984), c'est l'enjeu de la reproduction biologique, spécifique aux femmes, qui est central et fonde la domination masculine.

Par voie de conséquence, l'« humanité faisant du social avec le sexuel » (Balandier, 1986), les normes relatives à la sexualité renvoient à la manière dont l'ordre cosmique, moral et social doit être préservé. Dans ce contexte, le contrôle de la sexualité féminine se fonde sur la nécessité de préserver l'ordre du monde, comme l'a montré Pierre Bourdieu à propos du mythe kabyle de la fondation terrestre (Bourdieu, 1998).

Par ailleurs, au delà de la dangerosité de la sexualité telle que les données empiriques l'expriment, l'ethnologie a aussi montré le lien entre la dangerosité attribué à la sexualité féminine et le pouvoir de fécondité. Ainsi, les menstrues, période qui symbolise le pouvoir de fécondité, sont quasi-universellement une période où les femmes sont écartées d'un certain nombre d'activités rituelles et sociales. Et seule la ménopause, la pré-puberté ou la stérilité (toujours attribuée à la femme) permettent d'avoir accès à certaines activités sociales ou symboliques importantes.

Plus près de nous Monique Plaza a montré, à partir d'une étude sur un corpus de textes médicaux publié entre 1983 et 1990 sur la banque de données Medline, la manière dont le discours médical avait reproduit le schème de la « femme contaminante », les femmes étant parfois qualifiées de « réservoirs de virus » (Plaza, 1997).

C'est dans ce cadre général que la « question des femmes » s'inscrit : entre invisibilité et excès de visibilité, voire mise en accusation. Sur cette trame de fond, dont on a observé les invariants, s'inscrivent toutefois des logiques locales et des trajectoires biographiques sur lesquelles il s'agit maintenant de se pencher.

« Pourquoi n'a-t-on pas jugé les choses de façons égales dès le départ, et a-t-on considéré surtout le cas des hommes contaminés [par le sida] ? Eh bien c'est parce que seul l'homme est pensé vraiment comme un individu, alors que la femme est un collectif, un collectif interchangeable », disait Françoise Héritier en 1997 à l'occasion d'un entretien pour le Journal des Anthropologues. Si les enjeux sociaux relatifs à la construction de la « masculinité » ne doivent pas être niés, cette hypothèse présente toutefois le mérite de rappeler les apories liées à la catégorie de « femmes » ou à la notion d'une « féminité » universelle.

Il importe donc de contextualiser de quelles « femmes » il est question, car comme on le verra, il existe différentes situations ou figures de femmes face au sida dans les émigrations/immigrations maghrébines en France. Il s'agit donc de montrer les imbrications entre logiques sociales, économiques, géopolitiques et culturelles au sein desquelles ces figures féminines s'inscrivent, mais aussi de souligner la place des femmes dans les réponses sociales à l'épidémie.

Femmes, migrations et sida en France : l'exemple des émigrations/immigrations maghrébines

Plus de 20 ans après les premiers cas de sida, c'est aux « femmes et jeunes filles » que les principaux mots d'ordre de la journée mondiale du sida 2004 ont été consacrés. Avant 1993, les femmes représentaient en France 16% des cas de sida. Dix ans plus tard, au moment de la mise en place du nouveau dispositif de déclaration obligatoire de séropositivité en 2003, les femmes constituent 29% des *nouveaux cas de sida* déclarés, tandis que 43% des *nouvelles contaminations* sont féminines (INVS, novembre 2004). Parmi les personnes ayant été contaminées dans le cadre de

relations hétérosexuelles, 60% sont des femmes et 47% d'entre elles viennent d'Afrique subsaharienne. En 2001, les deux tiers des femmes diagnostiquées au moment de leur grossesse étaient étrangères. Précisons que cette situation excède le cadre français, et est aujourd'hui attestée à l'échelle européenne :

témoignages, analyses et professions de foi s'accordent pour admettre que le temps est venu d'une prise en compte des intérêts et des désirs des femmes, ainsi que des menaces qui pèsent plus particulièrement sur elles par le biais du sida (Vidal, 2000, p.183).

Dans le cadre de la prévention du VIH/sida en France, la catégorie de « migrants » s'est longtemps limitée à la représentation de l'homme seul vivant en foyer de travailleurs (Goudjo, 2003), tandis que la « question immigrée » constituait plus globalement le « point aveugle » des politiques publiques dans ce pays (Fassin, 1999; 2003).

Loin de ne se limiter qu'aux enjeux de l'épidémie, cette définition du « migrant universel » comme un personnage/travailleur/masculin, a longtemps dominée l'appréhension des réalités et des enjeux du phénomène migratoire. Ainsi, à propos d'un ouvrage récent sur les « femmes en migration », Nicole Fouché note que l'« articulation entre les champs scientifiques des recherches concernant le genre, et la migration et l'ethnicité était encore impensable en France au début des années 1990 » (Fouché, 2000).

Ceci posé, il conviendra d'inscrire le thème des femmes immigrées face au sida en France au sein du contexte social et historique plus large dans lequel il se déploie. Car comme le soulignait Cindy Patton il y a une décennie, prétendre introduire une réflexion sur « les femmes » sans voir de près la façon dont les identités et les groupes se constituent mène à une autre sorte d'aporie (Patton, 1994). Ainsi plusieurs éclairages seront donnés sur la diversité des réponses sociales et des trajectoires féminines immigrées, afin de montrer comment s'articulent, dans un contexte socio-politique et historique donné, les inégalités liées au genre avec celles liées à la condition sociale d'étrangère et/ou d'immigrée. Ces éclairages, sans prétendre qualifier de manière exhaustive la problématique globale des femmes immigrées et du sida en France, permettront de dépasser les écueils d'une lecture culturaliste par le biais de l'exemple des émigrations/immigrations de provenance du Maghreb. En restituant l'importance de la prise en compte des trajectoires migratoires et de leur temporalité sociale et historique, l'enjeu principal est de donner à voir la relativité et les imbrications de la définition de l'ethnicité et du genre, et leur impact sur la prévention et la prise en charge.

Mais il serait illusoire de traiter des « femmes » sans mettre en perspective la dynamique plus globale de l'épidémie et la manière dont celle-ci a croisé la trajectoire de personnes issues des émigrations/immigrations maghrébines. Celle-ci se donne à lire par bribes au sein de statistiques épidémiologiques qui ne rendent compte que des trajectoires de personnes de nationalité étrangères, mais aussi au sein de travaux d'associations et d'entretiens réalisés sur le terrain. Les macro-phénomènes que cette histoire sociale éclaire doivent être mis en lien avec plusieurs dimensions importantes de l'histoire de l'épidémie en France : l'importance de l'« épidémie d'héroïne » ayant précédé l'arrivée du VIH (les contaminations liées à l'usage de drogue par voie intraveineuse, puis l'arrivée tardive de programme de réduction des dommages dans ce domaine), l'absence de politiques de prévention « ciblées » en direction des populations étrangères et/ou immigrées (un « silence gêné » autour de ces questions ayant caractérisé les politiques publiques jusqu'à la fin des années 1990) et enfin le caractère problématique des relations entre société d'origine et société d'accueil (marqué par l'histoire coloniale et la montée de la xénophobie et des discriminations, qui induisent une politisation des enjeux liés à la sexualité comme emblème « identitaire »).

Comme le souligne Abdelmalek Sayad (1999), le phénomène migratoire constitue un fait social total, non seulement en ce qu'il s'inscrit toujours dans une relation de domination, mais aussi en ce que les deux termes du phénomène – l'« émigration » et l'« immigration » – doivent être pensés et pris en compte. Or l'« immigration », comme catégorie du débat public, est toujours abordée en termes de « problèmes », « dommages » ou « difficultés », la société d'accueil prenant une position omnipotente dans la définition de ces divers « problèmes ».

S'agissant des émigrations/immigrations en provenance des sociétés du Maghreb vers la France, la question des femmes s'est posée de multiples manières comme on va maintenant le voir. Cette question doit être inscrite dans le contexte plus général de l'épidémie en France, mais aussi dans ce qu'il est de coutume de nommer la « vulnérabilité » (Delaunay, 1999) des femmes et des étrangers et/ou immigrés – un enjeu enfin considéré d'actualité aujourd'hui.

Les étrangers en France constituent 6% de la population, mais représentent 18% des personnes séropositives (Lert et Obadia, 2004). Près d'une femme séropositive sur trois est étrangère. La répartition des cas de sida par sexe est différente « entre français et immigrés » (Lert et Obadia, 2004) : ainsi, les femmes représentent 23% des cas de sida parmi les personnes nées en France, mais 51% des cas parmi les personnes nées au Maghreb et 60% des cas parmi les personnes nées en Afrique sub-saharienne. Par ailleurs, les données socio-économiques sont également distinctes selon les nationalités : les femmes étrangères sont ainsi plus systématiquement sans emploi et/ou vivant dans des conditions de précarité sociale.

Les femmes apprennent en général leur séropositivité au moment de la grossesse, car un test de dépistage est systématiquement proposé dans le cadre du suivi de celle-ci. En France et en Europe, la représentation dominante de la femme étrangère séropositive ou vivant avec le sida est celle de la femme originaire d'Afrique sub-saharienne. Les chiffres des nouveaux diagnostics d'infection à VIH en 2003 et au premier semestre 2004 rendent ainsi compte d'un taux de 51% de femmes africaines sub-sahariennes, tandis que les femmes de nationalité « d'Afrique du Nord » constituent 2% des nouveaux diagnostics. L'importance tend évidemment à construire une grille de lecture faisant du sida une « pathologie d'importation » et occultant de fait la complexité des imbrications liant trajectoires migratoires et sida.

C'est un « pas de côté » par rapport à cette figure dominante que ce texte souhaite proposer.

Éléments d'histoire sociale de l'épidémie dans les émigrations/immigrations maghrébines : l'importance historique des contaminations liées à l'usage de drogues par voie intraveineuse.

En 1999, un rapport de l'Institut National de Veille Sanitaire (Lot et ali., 1999) rendait public pour la première fois la situation du sida dans la population étrangère résidant en France.

Ces chiffres n'avaient été l'objet jusque là que d'une diffusion partielle, restreinte à quelques associations de lutte contre le sida, par crainte de la stigmatisation qu'une diffusion plus large aurait pu entraîner (De Villepin, 1997; Migrants contre le sida, 1998). Le rapport montrait que les étrangers représentaient 14% des cas cumulés de sida de 1978 à 1998, soit une proportion plus de deux fois supérieure à leur part statistique dans la population totale (6% selon l'INSEE).

« Politics of AIDS »

La notion de « politics of AIDS » a d'abord été utilisée par des politologues américains cherchant à désigner « l'exceptionnalisme » des politiques de prévention et de prise en charge du VIH. Cet item a ensuite été repris par des chercheurs en sciences sociales¹, pour qualifier l'« arène » particulière constituée par le champ du sida, où coexistent dans un même temps une réaffirmation de valeurs « traditionalistes » ou « dominantes », et une rébellion contre les politiques d'exclusion venue de ceux qui les subissent. Les politiques construites autour du sida peuvent en effet aussi bien tendre à un retour à l'« ordre moral » qu'à ouvrir un espace subversif, où des identités vouées à l'opprobre avant l'arrivée de l'épidémie trouvent un espace d'expression et de revendication, où des débats s'ouvrent dans l'espace public sur des thèmes auparavant négligés ou « évités ».

Cette notion a également permis à des chercheurs appartenant au courant nord-américain d'anthropologie médicale critique d'introduire une perspective « constructiviste » sur la manière dont l'épidémiologie, la biomédecine et l'anthropologie médicale, avaient chacune construit l'« objet » sida (Scheper-Hugues, 1994).

En France, Didier Fassin a repris le terme de « politiques du sida », qui lui paraît « rappel[er] que les politiques de lutte contre le sida ne peuvent être appréhendées qu'en relation avec les problèmes qu'elles posent à la société et les solutions qui leur sont apportées »². Car cette expression ne désigne pas seulement un type d'action publique, l'espace public où sont débattus les enjeux politiques, les réponses sociales à l'épidémie. Dans une approche anthropologique, l'étude des politiques du sida tend à concilier trois exigences : celle « d'un travail ethnographique qui prête autant d'attention aux discours des malades ou des guérisseurs qu'à ce que disent les décideurs ou les médecins » ; celle d'« une lecture globale s'efforçant de saisir la configuration symbolique et matérielle dans laquelle le sida et les agents sociaux qu'il implique entrent en relation » ; celle enfin « de considérer sans les disqualifier, la totalité des discours et des faits, quand bien même ils ne correspondent pas à la manière, habituelle ou dominante, de voir et d'agir »³.

Mon travail s'inscrit dans cette perspective théorique et méthodologique. Ainsi j'ai interrogé différents groupes d'« informateurs », allant de militants associatifs à des médecins impliqués dans la prise en charge, de personnes séropositives ou malades à leurs proches en passant par des leaders communautaires ou religieux, des associations de proximité, des responsables de la mise en œuvre de politiques publiques – et toujours dans des contextes divers.

La perspective anthropologique critique sur la santé publique distingue la culture comme « objet politique » et la culture comme « objet de politiques » (Dozon et Fassin, 2001). De même, il convient de séparer le sida et l'immigration qui s'entrecroisent comme « objets politiques » et comme « objets de politiques ». L'impact de ces deux éléments sur les formes prises par les réponses sociales à l'épidémie dans les réseaux sociaux issus de l'immigration doit également être pris en compte.

C'est autour de la catégorie « fourre-tout » de « migrants » que se sont cristallisés les débats autour des enjeux de prévention et de prise en charge du sida en France. Mon travail s'est entre autre attaché à déconstruire les présupposés desquels procède cette catégorie, ce qu'elle met en exergue et ce qu'elle occulte, mais aussi son histoire et ses usages sociaux.

¹ Singer M. The Politics of AIDS. Introduction. *Social Science & Medicine*, vol. 38, n°10, mai 1994, p. 1321-1324: « Indeed AIDS has become probably the most political affliction visited upon the human species in modern times » p.1322.

² Fassin D. *Les enjeux politiques de la santé*. Paris, Karthala, 1999, p.265.

³ *Ibid.*

Toutes nationalités confondues, le rapport constatait un retard au dépistage et des difficultés dans l'accès aux soins renvoyant à un ensemble de difficultés administratives, socio-économiques et socio-culturelles.

Au delà de ces caractéristiques communes, les taux de prévalences dans les sociétés d'origines pouvaient jouer un rôle, et des spécificités pouvaient être notées à l'échelle des « profils épidémiologiques ». Ainsi, le sex-ratio et les modes de contamination différaient selon le type de « nationalités »¹. Depuis le début de l'épidémie de sida, les femmes d'Afrique sub-saharienne ont été autant touchées par le sida que les hommes de même « nationalité », tandis que les femmes haïtiennes ont été environ deux fois moins touchées que les hommes, les femmes d'« Afrique du nord » quatre fois moins environ que les hommes, les femmes d'Europe ou de France cinq fois, les femmes d'Asie environ dix fois et les femmes d'Amérique (hors Haïti) vingt fois moins.

S'agissant des « modes de contamination stratifiés sur le sexe », en 1997, la contamination hétérosexuelle prédomine désormais chez les femmes de « nationalité » nord-africaine » (83% des cas diagnostiqués en 1997, alors que l'usage de drogues concerne 17% des cas diagnostiqués en 1997). La contamination hétérosexuelle est toujours majoritaire chez les femmes de nationalité haïtienne ou ayant pour nationalité celle d'un autre pays d'Amérique ou d'Afrique sub-saharienne.

Le mode de contamination principal des hommes de « nationalité » nord africaine reste encore l'usage de drogues (35% des cas de sida diagnostiqués en 1997). La contamination hétérosexuelle, en augmentation, concerne 26% des cas diagnostiqués en 1997 et les rapports homosexuels 16% des cas. La transmission hétérosexuelle est toujours majoritaire chez les Haïtiens et les hommes d'Afrique sub-saharienne (respectivement 89% et 76% des cas diagnostiqués en 1997).

Éléments explicatifs de la surreprésentation des cas liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse

À l'échelle de l'histoire de la diffusion de l'injection d'héroïne (Toufik, 1999), la France connaît une histoire particulière, plus proche de celle des États-Unis que de celle d'autres pays européens. De la qualité du produit disponible à son coût, en passant par les modes de socialisation de son administration, une série de facteurs a abouti au plus fort taux d'usagers de drogues par voie intraveineuse infectés par le VIH en Europe.

Plusieurs paradigmes structurants des politiques publiques en la matière doivent également être inscrits dans ce bref état des lieux. La loi de 1970 a criminalisé l'usage de drogues par voie intraveineuse, et consacré l'hégémonie d'un « horizon de l'abstinence » dans un champ de la prise en charge de la toxicomanie dominé par le paradigme psychanalytique (Bergeron, 1999). Ce n'est qu'en 1987 qu'a été autorisée la vente libre des seringues, et que dans la première moitié des années 1990 qu'une politique de réduction des risques et des dommages liés à l'injection (accès au matériel d'injection et aux produits de substitution) a été mise en place.

À l'échelle des politiques de l'immigration et des discriminations envers les personnes étrangères (ou supposées telles), on constate un lien entre la pénalisation des usagers de drogue et

¹ Rappelons qu'en l'absence d'une déclaration de séropositivité obligatoire, le nombre de « cas de sida déclarés » donnait alors une image des contaminations s'étant produites dans la décennie précédente.

leur nationalité¹. La fréquence du passage par l'univers carcéral en est une conséquence, or ce dernier constitue en lui-même un important lieu d'exposition au risque².

Toutefois, des discriminations d'ordre juridique doivent également être évoquées : ainsi, la pratique courante des tribunaux d'interdire le séjour sur le territoire français aux personnes de nationalité étrangère a signifié jusqu'en 1997 expulsion ou clandestinité, et elle aboutit aujourd'hui, pour ceux qui en sont victimes, à des situations inextricables où les personnes se trouvent dans le même temps irrégularisables et inexpulsables (Musso-Dimitrijevic, 2000). Une partie des personnes concernées par ces mesures qualifiées de « double peine » sont des jeunes, nés en France avant 1962 quand leurs parents sont de nationalité algérienne ou arrivés dans le cadre du regroupement familial dans leur enfance dans le cadre des flux migratoires de personnes originaires du Maghreb dans les années 1960.

Un troisième facteur tient une place éminemment importante dans ce tableau : la sociologie des usages, et l'impact différencié de ces usages selon les milieux sociaux. L'« épidémie » d'héroïne a en effet touché dans les années 1980 la jeunesse des quartiers défavorisés, où elle s'est inscrite dans un contexte d'échec scolaire prévalent³ et dans un vécu de discrimination souvent commencé dans le cadre de l'école, puis poursuivi lors de la rencontre des institutions responsables de l'insertion professionnelle et de la justice⁴.

C'est dans ce contexte général que s'inscrit la visibilité de l'épidémie dans les cités ou quartiers de la relégation, où les étrangers et/ou immigrés originaires du Maghreb sont en grande partie ségrégués. C'est aussi dans ces espaces qu'a émergé à Marseille au milieu des années 1980 la première association de « mamans » maghrébines ayant pour objectif de « briser les tabous » sur l'injection de drogue.

Les mères et l'« hécatombe »

Hadda Berrebou a 50 ans et 10 enfants lorsqu'elle décide de « faire quelque chose ». Arrivée à l'âge de 5 ans d'Algérie, elle vit depuis vingt ans dans une cité des « quartiers nord » de la ville, caractéristique du

[...] renforcement d'isolats, qui se forment spontanément autour de quelques cités. Les mécanismes d'attribution des logements HLM en dépit de l'intention proclamée de favoriser le brassage entre les différents groupes, ne conduisent-ils pas à renforcer l'effet de concentration, et par là-même, de ségrégation des populations immigrées ? (Temime, 1991, p. 190).

Cette situation d'isolat, en entretenant certaines formes de sociabilité, a aussi renforcé le poids du regard des autres : « C'est comme un village : tout le monde se connaît ». Le début des années 1980 est caractérisé par l'impact important du chômage. L'épidémie d'héroïne s'étend, et avec elle les premières overdoses, et les premiers décès liés au sida :

¹ Pour usage illicite de stupéfiants, 55,8% des étrangers contre 23,3% des français font de la prison (Mary et Tournier, 1997).

² Des usagers de drogue par voie intraveineuse font ainsi état de pratiques d'échange de seringues au sein du milieu carcéral.

³ Échec qui, s'il est similaire à celui des enfants de même catégorie socio-économique, n'en concerne pas moins de manière importante les enfants issus de l'immigration, sur-représentés dans ces catégories.

⁴ La question du racisme et des discriminations vis-à-vis de ceux qui seront appelés les « beurs » dans l'espace public est rendu visible par une première « marche des beurs » en 1983, puis une deuxième en 1984.

Oui, c'est une longue histoire, ça fait quand même vingt-quatre ans bientôt que je suis sur la cité, j'ai vu plein de jeunes mourir. La drogue et le sida, personne n'en parlait. Déjà, la drogue c'était dur, mais le sida encore plus. Je me suis dit un beau jour il faut bouger, dire aux mamans : il faut bouger. Il faut pas rester les bras croisés, et on a commencé à se mobiliser. Bon il n'y avait pas grand monde, deux trois personnes. On a fait du porte à porte, moi-même le porte-à-porte je l'ai fait, monter les huit étages.¹

Hadda est connue et « respectée » dans le quartier. Elle y a longtemps tenu un petit commerce avant la mort de son mari. Elle constate la « honte » d'avoir un enfant « tombé dans la drogue » :

Je pense que déjà c'est une honte, les gens ils avaient peur avant quand on avait un enfant toxicomane, c'est ce que la plupart elles disaient au début, que quand il y avait un enfant toxicomane dans la famille, elles pensaient que tout le monde, ou la police, les accuseraient d'être une famille de dealers, voilà en disant l'enfant est toxicomane, ils avaient peur de dire, tiens peut-être on trafique la drogue ou, mais je pense c'est plus une peur envers la justice que le reste.

Au-delà de cette peur liée au caractère illicite de l'usage et de la détention du produit, le soin mis à garder le « secret » a aussi à voir avec des logiques sociales liées à la trajectoire migratoire et à la sociologie du lieu de vie.

Car le projet migratoire est bien souvent un projet d'ascension sociale et de réussite². Père alors sur les épaules de celui qui est parti et de sa famille une obligation, voire une assignation à la réussite, ou du moins un discours légitimant et valorisant le départ et l'installation ailleurs, comme le fait de construire une « belle » maison ou de revenir avec une « belle » voiture. Dans ce contexte, la maladie est le symbole par excellence de l'échec du projet migratoire :

Des fois les mamans... puis toutes celles qui ont perdu leurs enfants, elles le disent hein, elles le disent "Si après tout on savait que nos enfants en arriveraient là à mourir de la drogue, on serait restées dans notre pays, même à crever de faim". Bon, le discours, malheureusement, comme on dit « Mektoub »³, on est venu en France et, il est arrivé ce qu'il est arrivé hein, on peut pas revenir en arrière.

Vous avez l'impression que les gens regrettent d'être venus ?

Ben tous ceux qui ont perdu leurs enfants ils regrettent d'être venus hein, moi j'entend souvent des mères qui disent "ben si j'avais su je serais restée chez moi, même manger l'herbe de la colline, mais j'aurais gardé mes enfants quoi, voilà" il y en a pas mal, plus qu'on ne le pense hein, parce que quand même il faut voir qu'il y en a qui ont perdu plus que deux, trois enfants⁴, ah c'est très très dur hein, parce que finalement je suis venue en France, j'ai rien gagné quoi, pour finalement repartir avec les cercueils⁵, c'est trop dur ça, c'est très dur hein.

¹ Interviews de 1996 et 1997.

² Bien évidemment, nombre de personnes sont contraintes à l'exil du fait de violences subies dans leurs sociétés d'origine, mais nous sommes ici dans la configuration du regroupement familial lié à l'immigration de travail.

³ « C'est écrit », le destin.

⁴ J'ai pu entendre, de la part d'une assistante sociale d'un hôpital marseillais situé à proximité des périphéries urbaines appelées localement « quartiers nord » plusieurs récits de contamination de plusieurs membres d'une même fratrie. Les mêmes récits sont évoqués dans des hôpitaux franciliens.

⁵ Sur la pratique courante, mais en voie d'évolution, du rapatriement des corps dans le pays d'origine, voir Chaïb, 1998.

D'autre part, la question du secret à garder révèle aussi les liens entre la circulation de l'information entre « ici » et « là-bas ». Ce n'est pas seulement dans le quartier que des enjeux d'honneur et de réputation poussent à « cacher » certaines informations, c'est aussi parce que des personnes originaires des mêmes régions résident dans les mêmes lieux : le maintien du secret vise à ce que l'information ne circule pas dans le pays d'origine, et notamment dans la famille étendue.

En décidant de sortir du silence, c'est donc l'ensemble de ces normes et logiques sociales que les mamans cherchent à reformuler :

Les mères, ben ça a été dur hein, il a fallu vraiment qu'il y ait des jeunes qui meurent sur la cité pour qu'elles en parlent hein, parce que elles se sentaient quand même concernées, peut-être qu'elles ont eu peur que ça arrive au leur quoi, alors je pense qu'elles ont dit il vaut mieux peut-être en parler, essayer de préserver nos enfants, que de se cacher, que d'arriver comme les autres personnes à perdre leurs enfants bêtement.

Se constituant en « meneuses de jeu acculturatif », ces femmes arrivent à faire évoluer les normes de respect entre les générations, selon lesquelles certains thèmes sont difficilement abordables entre parents et enfants. L'association qu'elles constituent, d'abord au domicile de la fondatrice, commence à être fréquentée de manière conjointe par les enfants et les parents, « alors qu'au début ils jouaient au chat et à la souris ». Les femmes prennent contact avec des professionnels, médecins, psychologues et associations, pour se documenter sur l'usage de la drogue, sur le sida, sur leur prévention et leur prise en charge. Cette initiative est exemplaire des « reformulations » des rapports de genre entraînées par la trajectoire migratoire qui sont dans ce cas d'espèce cristallisées autour de la question du sida.

Mais ces « mamans » se reposent aussi sur des normes que l'on pourrait qualifier de « traditionnelles » : c'est d'abord à partir de leur identité sociale de « mère » qu'elles peuvent avoir une parole de « femmes » sur la question du sida. Le « risque » est perçu uniquement pour leurs enfants, et singulièrement leurs fils.

Enfin, l'expérience de la maladie dont elles rendent compte est éminemment liée à l'histoire vécue de l'épidémie autour d'elles. Cela a pour conséquence l'attention quasi-exclusive portée à l'injection de drogue par voie intraveineuse comme catégorie de transmission du sida, laquelle correspond effectivement à l'épidémiologie visible autour d'elles :

Question : Et en général les gens qui ont le sida, c'est parce qu'ils sont toxicomanes?

H.B. : Oui, oui de la plupart oui, c'est tous des anciens toxicomanes hein

Question : Vous connaissez des gens qui n'ont jamais été toxicomanes et qui l'ont?

H.B. : Non, moi tous ceux que je connais c'est des anciens toxicomanes hein, non des gens qui ont le sida comme ça non, j'en connais pas.

Question : Et vous pensez qu'il y en a?

H.B. : Je ne sais pas, peut-être il y en a... Je ne sais pas, moi je vous dis tous ceux que je connais, c'est vraiment des jeunes que j'ai connu hein, toxicomanes bon c'est ceux là que je connais, j'en connais pas d'autres. Il y en a qui sont morts, il y en a encore quelques uns qui traînent...

Ainsi, non seulement l'épidémie est une affaire de « jeunes toxicomanes », mais c'est aussi presque une « histoire ancienne » (« il y en a encore quelques uns qui traînent »).

L'ensemble de ces éléments nous ramène à la notion de « représentations de la maladie ». Comme le soulignent Yannick Jaffré et J.P. Olivier de Sardan (1994), les descriptions

des conceptions autochtones, appuyées sur les discours populaires relatifs à telle ou telle "maladie" sont en général implicitement ou explicitement opposées aux savoirs biomédicaux. L'écart observé entre ces deux systèmes de sens est alors proposé pour expliquer une grande partie des conduites sanitaires.

Or indéniablement, c'est la prévalence de la maladie, et de certains symptômes lui étant associés, qui contribue à la construction d'une « représentation de la maladie ». C'est pourquoi, afin d'échapper aux présupposés culturalistes que peut charrier la notion de « représentations », et au dualisme latent entre « connaissance » et « croyance » qui le sous-tend, ces auteurs proposent d'avoir recours à la notion de « dispositif » : « C'est l'ensemble de ces variables (prévalence, efficacité d'un traitement, modes d'expression clinique) qui définit ce qu'on pourrait appeler le "dispositif" d'une maladie ».

Par ailleurs, l'arrivée de la toxicomanie et du sida s'inscrit au sein de la reformulation des rapports de genre dans la migration que celle-ci va cristalliser. Ainsi, des travaux ayant porté sur le milieu gitan en France où « le VIH est presque exclusivement consécutif à l'injection d'héroïne dans les années 1980 » ont également montré combien il s'inscrit aussi dans cette reformulation : suite aux maladies et aux morts liées au sida, les mères décident d'afficher le deuil en s'habillant en noir, usage traditionnellement prohibé (Tarrus, 2000, p.176).

Voyons maintenant de quelle manière la question des « femmes toxicomanes » est invisible dans les discours.

L'invisibilité des femmes toxicomanes

L'ensemble des acteurs rencontrés dans le cadre de mon travail de terrain – qu'il s'agisse de médecins hospitaliers, de travailleurs sociaux, de proches ou de personnes séropositives – a souligné la condition sociale particulière des femmes toxicomanes issues de l'immigration. Ainsi, lors d'un entretien avec la fondatrice du mouvement de mamans qui vient d'être évoqué, celle-ci souligne :

Dans les familles c'est comme si elles étaient mortes hein, on en parle pas, souvent elles partent hein. Enfin nous il faut pas dire qu'on en a une masse hein, les filles c'est pas énorme hein, dans les quartiers environnants là vous en trouverez une au passage dans une cité, mais il y en a pas, c'est pas une majorité hein.

(...) Les filles, on n'en a pas. Elles ne viennent jamais. Quand on a un fils qui est toxicomane, c'est dur, mais pour nous, mères du Maghreb, quand on a une fille qui est toxicomane, c'est doublement dur.

Vous savez, chez nous, une fille, on croit qu'une fille est à l'abri de tout. On s'imagine pas qu'un jour elle ira vers la drogue...

De manière générale, quelle que soit l'origine des personnes, on constate dans les statistiques des structures de prise en charge des usagers de drogues une différence de sex-ratio : les hommes sont bien plus nombreux dans les lieux d'accueil pour usagers de drogues. Les entretiens conduits auprès de femmes toxicomanes issues de l'immigration, dans ces structures ou ailleurs, font ressortir une expérience plus importante de la rupture familiale. La rupture familiale est toujours plus « radicale » quand il s'agit de ces jeunes femmes¹. L'origine peut en être l'attitude

¹ Mon propos ne prétend pas caractériser l'ensemble des situations : j'ai pu aussi constater des phénomènes de solidarité familiale à l'égard de femmes contaminées par usage de drogue par voie intraveineuse. Il reste que les femmes demeurent en grande partie absentes du discours des associations, ou alors n'apparaissent que lorsqu'il s'agit de mettre l'accent sur les difficultés particulièrement grandes qu'elles rencontrent.

de certains membres de la famille, mais aussi l'internalisation par la personne de la honte, du déshonneur ou de l'échec que signifie socialement le fait de « tomber dans la drogue ». Surtout quand, s'agissant des femmes, une des modalités les plus courantes d'accès au « produit » est la prostitution. Cette fréquence de la rupture familiale a aussi des conséquences en termes de maintien d'un statut administratif précaire sur le territoire : il peut être éminemment difficile de récupérer son extrait d'acte de naissance ou d'autres papiers officiels dans un contexte de rupture totale des liens avec la famille.

Cette situation évolue généralement lorsque la prise de drogue est interrompue, lorsque la trajectoire se stabilise, parfois aussi avec la naissance d'enfants. En contexte migratoire, les exigences comportementales des parents émigrés/immigrés vis-à-vis de leurs enfants sont fortes, parfois rigides, mais elles ne s'exercent pas de la même manière pour les garçons et pour les filles.

L'ensemble de la culture maghrébine est marquée par la division entre l'espace privé, celui des femmes, et l'espace public, celui des hommes. Dans ces conditions, le père est le responsable de l'intimité de l'espace familial garant de l'honneur du groupe et doit en conséquence s'assurer que le comportement de chacun ne remette en cause l'image publique de la maison. (Bouamama et Sad Saoud, 1996)

Du fait de la suprématie féminine dans la sphère domestique, les mères exercent un rôle central dans la reproduction des normes de genre, comme l'a montré Camille Lacoste-Dujardin en parlant d'un système de « mères contre les femmes » dans son analyse des liens entre maternité et patriarcat au Maghreb. Ainsi, les filles se trouvent promues responsables ou détentrices de l'honneur de la famille. La femme, et tout particulièrement la jeune fille, est garante de l'honneur du groupe, lequel peut être entâché dans son ensemble à la suite d'une conduite déshonorante de celle-ci.

« Chez nous la fille, c'est le diamant de la famille, il faut qu'elle soit pure »¹. Si ces normes restent structurantes, notamment dans les discours encadrant la « virginité » des filles, la trajectoire migratoire a sur celles-ci un double impact. D'une part elle met en interaction le regard colonial porté par la société d'accueil, « centré sur la question de l'oppression des femmes en en faisant une caractéristique essentielle de la maghrébinité », et le groupe à l'égard duquel ce stéréotype s'exerce, « qui retourne en stigmate positif la pureté originelle » (Tersigni, 2002). D'autre part, le fait migratoire a pour conséquence une « reformulation » des rapports de genre, liée notamment à l'évolution des rapports aux sphères publiques et privées entraînée par l'augmentation du travail des femmes.

Par ailleurs, l'existence d'une norme ou l'adhésion à celle-ci n'en implique pas le respect absolu. Des tactiques féminines (De Certeau, 1986) se mettent en place pour la contourner de manière discrète en tenant compte du contrôle social. Cependant, s'agissant de trajectoires féminines marquées par un usage de drogue par voie intraveineuse ayant pu conduire à la prostitution, on devine aisément combien des pratiques qui cristallisent l'ensemble des attributs du déshonneur et des dangers de l'exil (aux yeux du groupe social d'appartenance comme aux yeux des femmes elles-mêmes) doivent demeurer invisibles, induisant ainsi une rupture et l'éloignement.

Ainsi, une jeune femme malade du sida, expulsée au Maroc en 1994 alors qu'elle vivait en France depuis l'âge de 4 ans, explique :

¹ Cité par Cuha M. Le surgissement de groupes de jeunes croyants musulmans dans les quartiers. *Migrants Formation*, n°15, juin 1996, p.79-110.

J'ai mis beaucoup de temps à reprendre contact avec mon père, à le comprendre... À me rendre compte en vivant ici dans quel contexte il avait été élevé, mais aussi l'image du pays qu'il nous a laissé. Il l'a pas vu évoluer ce pays, moi j'ai eu un choc quand j'ai vu la différence entre ce qu'il m'en avait dit et la vie quotidienne ici. Et puis c'était impossible pour moi, pendant longtemps, avec ce que j'avais fait, d'oser reprendre contact.

Les stratégies familiales de prévention : les « mariages au bled »

Lors d'entretiens avec des associations de lutte contre le sida, de prise en charge et de prévention des toxicomanies, et des organisations de personnes séropositives, un profil-type de situation est revenu à plusieurs reprises, évoqué dès qu'il est question d'une spécificité maghrébine, et tout particulièrement algérienne :

Un fils toxico, pour le désintoxiquer, on l'envoie en Algérie, au Maroc et en Tunisie, on l'envoie au pays se marier à une vierge, parce qu'ils disent que se marier à une vierge, ça purifie, donc, ils les envoient là-bas, ils sont désintoxiqués, il y a pas de problème, ils contaminent la jeune épouse, qui se retrouve enceinte généralement dans le mois qui suit, ils reviennent en France tous les trois, et au moment de l'accouchement, ben elle apprend qu'elle est séropositive et le petit aussi. Et en général, pour les trois [femmes] suivies, c'est la toxicomanie de leur mari qui les a contaminé. Et N., c'est le cas typique de la vierge, le fils qu'on a envoyé en Algérie épouser une vierge, et elle, quand elle est arrivée il y a trois ans, quand elle est arrivée et qu'elle a accouché, elle a appris en même temps sa séropositivité et celle de son fils et celle de son mari, elle savait rien de rien, donc elle découvre... Après elle est repartie en Algérie et ça fait un an qu'elle est revenue, depuis un an, elle découvre dans quelle galère elle est voilà... elle découvre tout d'un seul coup.

Les trois [femmes] que tu suivais ont été contaminées de la même manière ?

Oui, le mari était toxicomane. Vierges, les deux autres non, mais mari toxicomane, oui. (Volontaire pour l'aide aux malades dans une association de lutte contre le sida)

Une ex-usagère de drogue par voie intraveineuse, algérienne âgée de 40 ans, m'explique :

À un moment c'était presque une mode sur le quartier ; il y en avait quelques, des mères, qui allaient chercher des femmes au bled à leur fils. Elles pensaient que ça les calmerait, que ça les stabiliserait et leur ferait arrêter la dope. Et forcément il y en avait qui étaient contaminés.

Les données de l'enquête réalisée par Michèle Tribalat indique que pour les jeunes d'origine algérienne nés en France, moins de 5% des mariages célébrés résulteraient d'une décision familiale. En ce qui concerne les hommes nés en Algérie ou au Maroc, ce pourcentage s'élève à respectivement 29 et 32% (Tribalat, 1995).

Il n'est pas rare, au sein des histoires de familles que j'ai pu recueillir, que lorsque l'immigration est ancienne (père arrivé seul dans les années 1950, mère l'ayant rejoint quelques années plus tard, souvent avec enfants), la fille aînée soit retournée vivre au pays d'origine à la suite d'un mariage arrangé. La variable de temps, la transformation des rapports de genre au sein de la famille, l'évolution de l'éducation entre le premier enfant de la fratrie et le dernier (qui peuvent avoir vingt ans d'écart et des statuts juridiques différents), le règlement de la question du retour, sont des facteurs qui rendent ce type de stratégies de moins en moins pensables ou probables.

Le choix d'un mariage au pays d'origine pour l'un des enfants ne renvoie donc pas uniquement à la question de la toxicomanie, mais peut néanmoins apparaître comme un moyen

de « régler » le problème. Car lorsque la toxicomanie est rendue visible, elle peut conduire à la mise en échec de stratégies élaborées avec des alliés ou des apparentés résidant en France. Ainsi :

C'est vrai que ceux qui sont ou qui ont eu un passé de toxicomanes, ils sont un peu grillés sur le quartier, c'est un peu dur pour eux de trouver une femme ici, alors ça peut aussi arriver d'aller chercher quelqu'un là-bas parce qu'ici c'est devenu trop difficile. (bénévole algérienne d'une association de quartier)

L'enquête réalisée par Amina Shabou sur un échantillon de 72 personnes apporte un grand nombre d'éléments sur les personnes séropositives de nationalité ou d'origine maghrébine en France. 27 personnes de l'échantillon sont des hommes contaminés à la suite d'usage de drogue par voie intraveineuse. Parmi eux, elle distingue trois « groupes » : ceux qui ont usé de drogue « dures » dans les années 1985-1990 et ont cessé toute consommation au moment du mariage, ceux qui ont un usage occasionnel, ceux qui continuent (pour la plupart célibataires) :

Il semble que l'on puisse déduire de ces données un scénario d'alliance récurrent : la tendance au mariage endogamique, au sein de la parenté, se trouve renforcée lorsqu'un jeune homme est en danger de toxicomanie. Le silence observé dans la famille élargie sur cet épisode toxicomane produit des effets sur les deux membres du couple : d'une part l'impossibilité pour l'épouse de toute perception du danger, et d'autre part l'occultation pour l'homme de la possibilité de transmettre le virus (...) La notion de situation ou comportement à risque n'est dès lors pour ces femmes pas pertinente. (Shabou, 1998).

La toxicomanie s'avère être un paradigme de pathologie liée à la société d'accueil. L'usage de drogue par voie intraveineuse n'existait pas au Maghreb au moment de l'émigration des parents. Il peut arriver que des symptômes persistants de toxicomanie conduisent à la stratégie du « sevrage au bled », la pratique populaire rejoignant ainsi l'idéal d'abstinence qui a longtemps dominé la politique française en matière de prise en charge de la toxicomanie. Par ailleurs, cette logique, loin d'être spécifique aux jeunes toxicomanes issus de l'immigration maghrébine, est également celle qui prévaut au sein d'associations d'alcooliques par exemple : ce dont il est à chaque fois question, c'est d'extraire la personne d'un environnement relationnel auquel est attribué la responsabilité de la pratique.

La « spécificité maghrébine » du « sevrage au bled » repose donc sur la mobilisation de ressources spécifiques, la présence d'apparentés ou d'alliés au pays d'origine où l'on pense que les troubles cesseront du fait de l'absence de substances psychotropes, et de l'éloignement du réseau relationnel. Si les ressources mobilisées peuvent être considérées comme spécifiques, elles le sont donc dans le cadre d'une logique anthropologique qui dépasse largement la question d'une spécificité culturelle. Ce qui est parfois présenté comme une conduite irrationnelle et relevant entièrement de la culture des personnes s'inscrit donc dans une logique déterminée par des contraintes contextuelles données et qui, s'agissant du « sevrage au bled », met en œuvre un principe de prévention et de prise en charge de la dépendance que l'on retrouve dans d'autres milieux et d'autres addictions (Fainzang, 1998).

Toutefois, les éléments complexes qui conditionnent ces logiques sociales sont souvent gommés, relégués à l'état de croyance sur les vertus de la virginité, ou culturalisées comme relevant uniquement de logiques « culturelles ». On constate dans les pays d'origine des situations inverses, qui montrent combien penser dans le même temps l'épidémie et l'immigration nécessite de se départir du cadre de la « pensée d'État ». Les premiers cas de sida féminins au Maghreb ont en effet concerné des épouses d'hommes ayant vécu ou vivant en Europe. L'histoire de l'épidémie dans cette région du monde s'inscrit d'emblée dans les traces de l'histoire coloniale et

dans l'actualité des interactions entre des sociétés productrices d'émigrés et des sociétés productrices d'immigrés (Sayad, 1991).

Ainsi, un article consacré au sida dans un hebdomadaire tunisien se termine sur ces mots :

Enfin nos résidents étrangers ramènent parfois de leur solitude outre-mer un solide VIH accompagnant la prime au retour. L'infection de l'épouse, puis la transmission néo-natale scellent les retrouvailles¹.

Les trajectoires féminines autonomes

S'agissant des femmes, il semble plus que nécessaire de les intégrer à la réflexion sur l'immigration, car les trajectoires migratoires féminines constituent une donnée incontournable en ce début du XXI^e siècle. Jusqu'à une période récente, elles ont été largement absentes des discours et des imaginaires concernant les mouvements de populations (Green, 2002).

Dans le cadre de sa recherche sur les marocaines entrées seules en France, Nassima Moujoud souligne que les données statistiques passent sous silence l'existence même du parcours actif de la migration féminine, qui n'est pensée que dans le cadre du regroupement familial. La représentation dominante est donc celle de la femme mineure assignée au statut familial. Or, ce sont souvent les statuts stigmatisés des veuves et des divorcées dans la société d'origine qui les poussent à partir, et à l'exclusion dans la société d'origine s'ajoute les discriminations souvent subies en tant qu'immigrées en situation irrégulière : « Ces femmes, en majorité analphabètes et sans conscience politique affirmée développent une volonté d'émancipation et un choix de rester en immigration pour « fuir » disent-elles, ouvertement ou de différentes façons, les contraintes » (Moujoud, 2003). Si ce sont des facteurs liés à leur condition sociale de femme dans leur pays d'origine qui ont motivés le départ, les difficultés administratives et économiques rencontrées au cours de la trajectoire migratoire n'en restent pas moins importantes. Le risque d'exposition au sida s'insère ainsi dans ce type de trajectoires, parmi de nombreux autres risques. Ainsi Yamina, qui s'occupe de prévention auprès de prostituées sans-papiers originaires du Maghreb, relève « qu'elles préfèrent courir le risque d'être contaminées plutôt que d'être expulsées. C'est pas ça leur priorité ». En outre, la non-protection peut aussi être adoptée dans le cadre d'une stratégie matrimoniale « car demander le préservatif est perçu comme propre aux groupes de femmes désignées à risques que sont les prostituées » (Moujoud, 2003). Ceci dans un contexte où ces femmes jouent un rôle économique majeur pour leurs enfants et leur famille restée au pays qui restent dans l'ignorance de leurs conditions concrètes d'existence, notamment lorsqu'elles incluent la prostitution.

Depuis une dizaine d'années, les discours sur la « vulnérabilité des femmes » sont de plus en plus fréquents. Ils ont tendance à regrouper sous une catégorie homogénéisante des enjeux de nature fort différent, amalgamant les susceptibilités physiologiques et les logiques sociales, politiques et culturelles (Vidal, 1999). En outre, ils tendent à véhiculer la représentation d'une « passivité » d'êtres qualifiés de « vulnérables » (Delaunay, 1999).

Il n'est pas question ici de nier les fragilités induites par les cumuls de discriminations : l'identité de femme, la condition sociale d'étrangère et/ou d'immigrée dans une société où elle induit des difficultés d'accès aux marchés du travail et aux ressources, mais aussi les tensions entre groupe d'appartenance et société d'accueil qui peuvent induire une majoration des inégalités de

¹ Omrane N. Branle-bas national contre le sida. *Réalité* (hebdomadaire tunisien), n°476, 2-8 décembre 1994. Voir aussi Himmich et Imane, 1995.

genre au sein du groupe ou les renforcer¹. Il s'agit toutefois de montrer la pluralité des identités des personnes et des situations, laquelle peut donner lieu à des mobilisations collectives ou à des tactiques elles-mêmes variées.

En France comme dans bien des sociétés d'origine, ce sont des femmes qui ont été à l'origine des réponses sociales émergentes à la maladie. Ainsi, la première association de lutte contre le sida au Maghreb a été fondée par une femme, la professeure Hakima Himmich, au Maroc en 1988, tandis que la première association de personnes séropositives et/ou malades en Algérie a également été fondée par une femme. La première association d'accompagnement de personnes séropositives et malades africaines en France, Ikambere, a aussi été fondée par une femme, Bernadette Rwegera. Plus récemment, un forum spécifique aux femmes été ouvert sur le site internet « Survivre au sida », s'adressant aux femmes séropositives issues des immigrations du Maghreb et d'Afrique². Si, comme ce texte a tenté de le montrer, le sida fait partie de manière singulière de la mémoire collective et de l'histoire orale des personnes issues des émigrations/immigrations maghrébines, les nouvelles formes de solidarité et de mobilisation qu'il suscite font aussi partie de l'avenir de la prévention.

L'anthropologie a souligné les logiques sociales et culturelles (Le Palec, 1997) au sein desquelles, de la polygamie à l'impossibilité de négocier le préservatif, le risque d'exposition au VIH s'inscrivait. Elle a aussi montré combien les « violences structurelles », c'est-à-dire les dynamiques de l'exposition au risque et de la transmission du VIH déterminées par ces forces économiques, sociales, géopolitiques et culturelles, étaient la toile de fond des trajectoires féminines croisant le virus ; qu'il s'agisse de paysannes d'un village haïtien ou de femmes afro-américaines de l'*underclass*, la pauvreté et le désir de sécurité économique sont les ingrédients principaux de la rencontre avec le virus (Farmer, 1998 ; Farmer et Furin, 1997).

Les sciences sociales ont souligné l'importance de prendre en compte les rapports de genre dans la prévention, mais elles ont aussi mis en lumière combien le discours préventif avait été élaboré par et pour un sujet dont l'identité sociale renvoie au paradigme du WASP : soit un homme blanc de classe moyenne dont l'attitude serait rationnelle et responsable au sein d'une société d'abondance (Scheper-Hugues, 1994). Or le risque de contamination s'inscrit toujours au sein d'une multiplicité de risques autres.

Après avoir interrogé la notion de « déviance », l'épidémie vient actuellement s'inscrire au cœur de la notion de « normes » et singulièrement, de celles qui gèrent l'économie politique et la construction sociale du masculin et du féminin. Si l'universalisme abstrait amène à constater l'invariant de la domination masculine, l'universalisme concret (Dozon, 1997) doit conduire à prendre en compte les conditions sociales globales au sein desquelles se déploient des normes sociales et culturelles singulières. Le recours à la notion de culture doit se faire en l'historicisant, et en la politisant (Fassin, 2004), afin de ne pas courir le risque d'alimenter la « culturalisation de l'exclusion sociale ». Et l'on ne doit pas non plus faire l'économie d'une prise de recul sur les normes culturelles des idéologies de la prévention qui structurent de manière « globalisée » la lutte contre le sida (Dozon, 2005), réduisant trop souvent à des nécessaires « changements de comportements » les enjeux liés aux inégalités d'un monde global et aux formes contemporaines d'inhospitalité.

¹ Que l'on songe, à titre d'exemple, à l'impossibilité d'obtenir un titre de séjour pour une deuxième épouse dans le cadre de la polygamie, laquelle favorise le maintien des femmes dans une clandestinité préjudiciable à leur autonomie.

² Forum « Femmes plus » : www.survivreausida.net

Références bibliographiques

- Balandier G. Le sexuel et le social, lecture anthropologique. *Les Cahiers internationaux de sociologie*, vol LXXVI, 1984.
- Bergeron A. *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*. Paris, PUF, 1999.
- Bouamama S. ; Sad Saoud H. *Familles maghrébines de France*, Desclée de Brouwer, 1996.
- Bouamama S. ; Sad Saoud H. ; Djerdoubi M. *Contribution à la mémoire des banlieues*. Éditions du Volga, 1994.
- Bourdelaï P. ; Fassin D. *Les Constructions de l'intolérable*. Paris, Éditions La Découverte, 2005.
- Chaïb Y. *L'émigré et la mort*. Marseille, Edisud, 2000.
- Chérabi K. ; Fanget D. *Le VIH/sida en milieu arabo-musulman en France. Synthèse bibliographique et rapport d'enquête*. Arcat Sida, 1997.
- Conseil National de l'évaluation, Commissariat général du plan. *La Politique de lutte contre le sida, 1994-2000*. Rapport de l'instance présidée par Christian Rollet, 2004.
- Conseil National du sida. *Rapport suivi d'un avis du CNS sur la situation des personnes atteintes par le VIH de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour*. Décembre 1995.
- Crimp D. *AIDS Demographics*. Seattle, Bay Press, 1990.
- Cuha M. Le surgissement de groupes de jeunes croyants musulmans dans les quartiers. *Migrants Formation*, n°15, juin 1996, p.79-110.
- De Certeau, M. *L'Invention du quotidien*. Paris, La Découverte, 1986.
- De Rudder V. ; Poiret C. ; Vourc'h F. *L'Inégalité raciste. L'universalité républicaine à l'épreuve*. Paris, PUF, 2000.
- De Sardan J.-P.O. ; Jaffré Y. Tijiri. Naissance d'une maladie. *Sciences Sociales et Santé*, 1994.
- De Villepin. Des chiffres officiels qui soulignent l'importance du facteur toxicomanie. Dans : Chérabi K. ; Fanget D. *Le VIH/sida en milieu arabo-musulman en France*. Arcat-Sida, 1997.
- Delaunay K. Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines : discours sur une pandémie. Dans : Fay C. (ed.) *Le sida des autres : constructions locales et internationales de la maladie*. Paris/La Tour d'Aigues, IRD/Éd. de l'Aube, 1999, p. 37-51.
- Desclaux A. Transmission par l'allaitement: la prévention par les substituts du lait maternel négligée. *Transcriptases*, n°118, septembre-novembre 2004.
- Dialmy A. *Jeunesse, sida et Islam au Maroc. Les comportements sexuels*. Casablanca, Eddif, 1998.
- Dozon J.-P. ; Fassin D. (dir). *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Éditions Balland, 2001.

_____. ; _____. Raisons épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique. *Sciences Sociales et Santé*, vol. 7 (1), 1989, p. 21-36

Elbaz, G. *Les Différentes couleurs du sida aux Etats-Unis*. Paris, L'Harmattan, 2004.

Epstein S. Bodily Differences and Collective Identities : The Politics of Gender and Race in Biomedical Research in the United States. *Body and Society* (Sage publications), vol. 10 (2-3), 2004, p. 183-203.

Fainzang S. *Ethnologie des anciens alcooliques*. Paris, PUF, 1996.

Farmer P. Invisible Women, Class, Gender and HIV. Dans: Farmer P. *Infections and Inequalities. The Modern Plagues*. Berkeley, University of California Press, 1998.

_____. *Aids and Accusation. Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley, University of California Press, 1992. (trad. française : *Sida en Haïti. La victime accusée*. Paris, Karthala, 1996)

Farmer P. ; Furin J. Sexe, drogue et violences structurelles : les femmes et le VIH. *Le Journal des anthropologues*, Femmes et sida, n°68-69, 1997, p.35-45.

Fassin D. L'immigration n'est plus ce qu'elle était. *Transcriptases*, n°114, février-mars 2004.

_____. (dir.) *Afflictions. L'Afrique du Sud de l'appartheid au sida*. Paris, Karthala, 2004.

_____. Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du sida. *L'Homme. Revue Française d'Anthropologie*, 160, 2001, p.137-162.

_____. Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers. *Sciences Sociales et Santé*, vol. 19, n°4, 2001, p.5-32.

_____. Santé : des inégalités sociales sans droit de cité. *Mouvement*, n° 4 « Le modèle français de discrimination », mai-juin-juillet 1999, pp.49-57.

_____. L'indicible et l'impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida. *Sciences sociales et santé*, vol. 17, n°4, décembre 1999.

Fassin D. ; Morice A. ; Quiminal C. *Les Lois de l'inhospitalité*. Paris, Éditions La Découverte, 1998.

Fassin D., Ricard E. Les immigrés et le sida : une question mal posée. Dans : Hefez S. *Sida et vie psychique*. Paris, La Découverte, 1996.

Fay C. (dir). *Le sida des autres*. Autrepart, Éditions de l'IRD, 1999.

Fouché N. Compte-rendu de l'ouvrage de J. Falquet, A. Goldberg-Salinas et C. Zaidman. *Femmes en migrations. Aperçus de recherche*. Dans : *Cahiers du Cedref* (Centre d'études, de documentation et de recherches pour les études féministes), n°8/9, 2000.

Godelier, M. *Métamorphoses de la parenté*. Paris, Fayard, 2004.

_____. *La Production des grands hommes*. Paris, Fayard, 1982.

- Goudjo A. La double peine des femmes migrantes. *Transcriptases*, n°114, février-mars 2004.
- Green N. *Repenser les migrations*. Paris, PUF, 2002.
- Hamel C. Le mélange des genres : une question d'honneur. Rapports sociaux de sexe chez de jeunes maghrébins de France. *Anal*, n°19, 1999.
- Haour-Knipe M. Prévention du sida ou discrimination ? Les migrants et les minorités ethniques. *Le sida en Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales*. Paris, Éditions de l'ANRS (« Sciences Sociales et sida »), 1998, p.159-170.
- Héritier F. *Masculin/Féminin II. Dissoudre la hiérarchie*. Paris, Éditions Odile Jacob, 1998.
- _____. *Masculin/Féminin, la pensée de la différence*. Paris, Éditions Odile Jacob, 1996.
- _____. Les femmes en temps de sida : entretien avec Françoise Héritier. *Journal des anthropologues*, n°68-69, 1997, p.21-33.
- Himmich H. ; Imane L. Maghreb : les femmes devant l'infection. *Le courrier de l'UNESCO*, 1995.
- Jenkins C. ; Robalino D.A. *Le sida au Moyen Orient et en Afrique du Nord. Les coûts de l'inaction*. Banque Mondiale, Édition Eska, 2004.
- Le Journal des anthropologues*, Femmes et sida, n°68-69,1997.
- Le Palec A. Un virus au cœur des rapports sociaux de sexe. *Le Journal des anthropologues*, Femmes et sida, n°68-69, 1997.
- Lert F. ; Obadia Y. Comment vit-on en France avec le sida ? *Population et Sociétés*, novembre 2004.
- Lot F. ; Pillonel J. ; Laporte A. ; Savigny J. *Le sida dans la population étrangère résidant en France*. Institut National De Veille Sanitaire, avril 1999.
- Mary F.L., Tournier P. *La Répression pénale de la délinquance des étrangers en France*. Éditions Le Croquant, n°22, deuxième semestre 1997.
- Marzouk Y. Fausses connivences et malentendus productifs entre patients maghrébins et praticiens hospitaliers. *Journal des anthropologues*, n°60, printemps 1995, p.41-50.
- _____. *Les femmes musulmanes face au sida*. Étude réalisée pour le CNS, 1991.
- Melis C. Des choses autour de la féminité et de l'honneur : paroles de militantes associatives sur les conflits de normes dans les familles issues de l'immigration maghrébine. *Cahiers de l'URMIS*, n°8, décembre 2002, p.49-63.
- Moujoud N. Partir seules... Heurs et malheurs de marocaines en France. *Ghadiva*, n°33, 2003, p.93-101.
- Moumen Marcoux R. *Immigration, prison, sida : d'une anthropologie des conflits touchant la jeunesse maghrébine*. Paris, L'Harmattan-CIEMI, 1998.

Musso-Dimitrijevic S. L'« étranger malade » : éléments d'histoire sociale d'une cause. Dans : Fassin D. (dir) *Un traitement inégal, les discriminations dans l'accès aux soins*. Rapport du CRESP, 2001.

_____. L'accès aux soins des personnes au statut administratif précaires infectées par le VIH. *Hommes et Migrations*, mai 2000.

Nathan T. ; Lewertovski C. *Le Virus et le fétiche*. Paris, Odile Jacob, 1999.

Omrane N. Branle-bas national contre le sida. *Réalité* (hebdomadaire tunisien), n°476, 2-8 décembre 1994.

Patton C. *Last Served ? Gendering the HIV Pandemic*. Londres, Taylor and Francis, 1994.

Pinell P. (dir.) *Une Épidémie politique. La lutte contre le sida en France, 1981-1996*. Paris, PUF, 2002 (Sciences, histoire et société).

Plaza M. Femmes et sida dans le discours médical : la force des images. *Le journal des anthropologues*, Femmes et sida, n°68-69, 1997, p.47-56.

Salomon-Nékiriai C. Le sida dans les sociétés kanakes : maladie des femmes ou/et maladie des blancs. *Le Journal des anthropologues*, Femmes et sida, n°68-69, 1997, p.129-141.

Sayad A. *L'Immigration ou les paradoxes de l'altérité*. Kinsek, Méridiens, 1991.

_____. *La Double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris, Seuil (Collection Liber), 1999.

Scheper-Hugues N. An Essay : AIDS and the Social Body. *Social Science and Medicine*, vol. 39, n°7, 1994, p.991-1003.

Shabou A. *Représentations et conduites face au sida des personnes migrantes et issues de l'immigration de référence culturelle maghrébine*. Rapport à l'ANRS, à la DGS, à ECS, au FAS, 1998.

Sida, immigration et inégalités. Nouvelles réalités, nouveaux enjeux. Éditions de l'ANRS, 2002 (Collection Sciences Sociales et sida).

Singer M. The Politics of AIDS. Introduction. *Social Science & Medicine*, vol. 38, n°10, mai 1994, p. 1321-1324

Tarrius A. *Les Nouveaux cosmopolitismes. Mobilités, identités, territoires*. La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube, 2000.

Taverne B. ; Egrot M. Les maladies de femmes. Dans : Jaffré Y. ; Bonnet D. *Les Maladies de passage*. Paris, PUF, 2003.

Taverne B. Sida et migrants au Burkina Faso : l'illusion d'une prévention ciblée. *Médecine d'Afrique Noire*, n°43, N°1, 1995, p.31-35.

_____. Stratégie de communication et groupe cible : sida et migrants au Burkina Faso. *Sociétés d'Afrique et sida*, n°10, 1995, p.2-4.

Temime E. *Histoire des migrations à Marseille*. Marseille, EDISUD (tome 4), 1991.

Tersigni S. La virginité des filles et l'honneur maghrébin dans le contexte français. *Hommes et Migrations*, n°1232, 2002, p.34-40.

Toufik A. La diffusion de l'injection d'héroïne intraveineuse en France. *Tendances, Revue de l'OFDT*, n°5, 1999.

Tribalat M. *Faire France. Une enquête sur les immigrés et leurs enfants*. Paris, Éditions La Découverte, 1995.

Vidal L. *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*. Paris, Karthala, 2000.

Wacquant L. *Les Prisons de la misère*. Paris, Liber-Raisons d'agir, 1999.

Conclusions

Jennifer F. KLOT

*Conseillère principale – VIH/sida, genre et sécurité
Social Science Research Council, États-Unis d'Amérique*

Par le biais d'approches anthropologiques, les participants à la Table ronde ont abordé la question de l'impact du VIH/sida sur les femmes migrantes et de leurs réactions devant la pandémie. Ils ont étudié les aspects sexospécifiques de la migration et du VIH/sida ainsi que les facteurs socioculturels qui déterminent les modalités d'infection des femmes et les effets de la séropositivité ainsi que l'accès des femmes à la prévention, aux soins et aux traitements.

Les participants se sont penchés sur divers facteurs d'attraction et de pression qui jouent dans les migrations des femmes tout en relevant qu'il est peu probable que les interventions en matière de VIH/sida remédient à ces causes structurales. Les facteurs de pression sont notamment les conflits armés, les catastrophes naturelles, la violence domestique, la pauvreté, l'instabilité politique, l'absence de terres et les mariages forcés ; les facteurs d'attraction sont la réunification des familles, la sécurité, l'éducation, la santé, ainsi que les chances de promotion sociale et d'emploi. Les femmes émigrent également pour des durées différentes (migrations saisonnières, temporaires, générationnelles) et vers des lieux différents (migrations locales, nationales, régionales et internationales). Les migrations peuvent être forcées, imposées ou volontaires. La Table ronde n'a pas étudié les questions de déplacement forcé et de trafic sexuel.

La migration et le VIH/sida

Il a été établi que la migration était un facteur important de transmission du VIH, en particulier en cas de prévalence élevée chez les populations concentrées jugées à haut risque tels que les chauffeurs routiers et les travailleurs sexuels. On a toutefois relevé que les femmes migrantes apparaissaient souvent moins que les hommes dans les études portant sur les groupes à haut risque et les populations migrantes, essentiellement parce qu'elles prédominent dans les secteurs de service « invisibles ». Ces dernières années, cependant, la féminisation des migrations, notamment en Asie, en Amérique latine et en Afrique, a davantage appelé l'attention sur les besoins spéciaux des femmes migrantes et sur leur contribution à la lutte contre la pandémie.

On relève, à l'échelle mondiale, une importante migration de main-d'œuvre féminine dans le secteur des soins de santé, où les femmes dominent en tant que soignantes - mal rémunérées ou pas rémunérées du tout. À mesure que le VIH et le sida accroissent la demande de soignants et de professionnels de la santé dans le monde entier, on observe que les forces du marché ont un effet sur les flux migratoires de femmes professionnelles de la santé à la recherche de meilleurs salaires, en particulier chez les femmes originaires d'Afrique du Sud, des Philippines et des Caraïbes. Cela n'est pas sans effet non seulement sur la santé des soignantes mais aussi sur les besoins sanitaires des familles et communautés qu'elles laissent derrière elles.

Des intervenants ont évoqué les différentes façons dont la migration bouleverse les réseaux sociaux et sexuels traditionnels. Dans les situations d'insécurité politique, sociale et économique, les femmes migrantes risquent davantage de subir des pressions, d'être exploitées ou obligées de céder à des avances sexuelles pour être transportées, protégées, bénéficier d'un

logement, d'un statut légal, d'un revenu et satisfaire d'autres besoins fondamentaux au cours de la migration ou sur leur lieu de destination. Lorsque la migration accroît le nombre de partenaires simultanés pendant des périodes brèves ou longues (dans les communautés de départ comme dans les communautés d'accueil), le risque de séropositivité augmente lui aussi, de façon exponentielle selon certains. Que les femmes migrantes soient séropositives ou qu'elles subissent les effets du VIH/sida au sein de leur famille, d'innombrables facteurs socioculturels, politiques et économiques détermineront inévitablement l'impact du VIH/sida sur ces femmes et les réponses qu'elles lui apporteront.

Il faut multiplier les recherches empiriques si l'on veut comprendre ces impacts et améliorer l'accès des femmes migrantes à la prévention du VIH/sida ainsi qu'à son traitement. On trouvera résumées ci-après les priorités de recherche et d'action.

Priorités de recherche et d'action

1. Définir la trajectoire : Repérer les couloirs de migration que les femmes empruntent peut contribuer à cerner les situations spécifiques qui accroissent leur risque de séropositivité et qui restreignent (ou facilitent) leur accès à la prévention, aux soins et aux traitements. Comme les migrants traversent les frontières, il est de la plus haute importance d'adopter des approches régionales et internationales en matière de cartographie sociale et géographique. Zones frontalières, itinéraires de transports, abris et marchés sont particulièrement importants.

2. Évaluer l'évolution des relations au sein de la famille ainsi qu'entre les sexes et les générations : Il reste beaucoup à faire pour comprendre l'impact des migrations (dans les pays de départ comme dans les pays d'accueil) sur la structure familiale, les relations entre les sexes et les générations ainsi que sur les réseaux sociaux et sexuels. Parmi les domaines spécifiques à étudier de plus près sous l'angle des sciences sociales, on citera l'impact du VIH/sida et des migrations sur les rôles et relations entre les sexes, sur les réseaux sexuels et sur le développement des enfants.

3. Protection de la santé sexuelle et génésique : Les migrations peuvent influencer sur la santé sexuelle et génésique des femmes, sur leur comportement sanitaire et sur leur accès aux traitements, aux informations et services de santé en matière de VIH/sida. Les stratégies et programmes doivent prendre en compte les structures juridiques qui réglementent les droits des migrants aux soins de santé dans les zones d'accueil ainsi que l'accessibilité et la pertinence culturelle de ces services pour les communautés de migrants. Il faut davantage prendre en considération les circonstances dans lesquelles les migrations accroissent les risques de violence sexuelle et d'exploitation - ou constituent un remède à ceux-ci - dans la conception des interventions en matière de VIH/sida.

4. Aspects économiques et questions liées à l'emploi dans l'approche du VIH/sida et des femmes migrantes : Les facteurs d'attraction et de pression qui influencent les schémas migratoires des femmes (en fonction de l'âge, de la nationalité et du secteur) doivent être considérés lors de l'élaboration des réponses au VIH/sida. En précisant les caractéristiques de la participation des femmes migrantes aux secteurs formel et informel et en comprenant mieux la nature sexospécifique de l'emploi, on peut mieux déterminer les éléments de risque et de vulnérabilité, ainsi que les réponses à apporter.

5. Renforcement de la protection juridique des femmes migrantes : Les ripostes au VIH/sida doivent envisager plusieurs aspects juridiques et réglementaires des politiques de migration, qui vont du test de séropositivité aux implications de la séropositivité en matière de citoyenneté, d'expulsion et d'emploi et aux textes réglementant l'accès des immigrés aux services de santé.

6. Appui à la mobilisation sociale des femmes migrantes : Les femmes migrantes sont effectivement parvenues à se mobiliser, au sein de leur communauté et dans les diasporas, sur le plan social, culturel, économique et politique. Il est possible, grâce à la recherche et à l'action, de déterminer comment appuyer diverses formes de mobilisation sociale et de militance pour améliorer la protection des femmes migrantes contre le VIH, leur accès à la prévention, aux soins et aux traitements ainsi que l'établissement de liens avec des mouvements nationaux et mondiaux de femmes.

7. Élaboration d'approches culturelles du VIH/sida : Les approches culturelles du VIH/sida ont pour objectif d'adapter les interventions à des traditions, habitudes et coutumes diverses et en constante évolution en matière de sexualité, de relations entre les sexes et de pratiques traditionnelles, tout en prenant en compte l'hétérogénéité des communautés de migrants. L'information sur les travaux de recherche et sur les traitements ainsi que les TIC peuvent jouer un rôle important en renforçant les réseaux sociaux qui encouragent et appuient les flux migratoires.

ANNEXE

Bibliographie sélective « Femmes migrantes et VIH/sida dans le monde »

Cette bibliographie a été réalisée par le Crips Île-de-France (Centre régional d'information et de prévention du sida), membre du réseau national des Crips, réseau de compétences pour le traitement de l'information et de la documentation sur le sida, permettant l'élaboration de produits adaptés en matière de prévention ainsi que la mise en œuvre d'actions. Sont disponibles sur le site du réseau une revue de presse, un agenda, une médiathèque, une sélection de sites internet, des liens vers les sites des différents Crips.

Tous les documents de cette sélection bibliographique sont consultables au centre de documentation du Crips Île-de-France.

Crips Île-de-France

Tour Maine-Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 53

75755 Paris Cedex 15

FRANCE

Tél : +331 56 80 33 33 – Fax : +331 56 80 33 00 – e-mail : info@lecrips.net

Site internet : www.lecrips.net

Tous les documents publiés dans le cadre du projet « L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/sida » sont disponible sur le site internet du projet :

www.unesco.org/culture/aids

I. Bibliographie de documents en français

A. Sélection d'ouvrages, articles, extraits d'ouvrages

1. Migration

DGS (Direction Générale de la Santé), France ; DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins), France

Programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France 2004/2006

Rapport ; Français ; 2004 ; 18 + annexes p. ; tableau

Thème principal : PLAN DE LUTTE CONTRE LE SIDA

PLAN DE LUTTE CONTRE LE SIDA ; POLITIQUE NATIONALE ; PERIODE 2005-2009 ; MIGRANT ; EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE ; PREVENTION ; PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE ; FRANCE

Résumé : Ce programme national fixe les priorités de santé publique fondées sur des données épidémiologiques et développe des stratégies adaptées. Celles-ci soulignent la nécessaire prise en compte, d'une part, de la diversité des conditions vécues et, d'autre part, des migrants en tant que composante de la société française multiculturelle, tout en les considérant comme groupe spécifique auprès duquel agir. Le programme tourne autour de quatre axes : l'accès au dépistage, la prévention, la qualité et la rapidité de la prise en charge sociale de manière à permettre une prise en charge médicale appropriée et enfin, le pilotage du dispositif. Ce programme sera mis en œuvre par des programmations nationales, régionales et des mobilisations locales.

Cote IDF : 0107, A/0510

Disponible en texte intégral sur : www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sida/progvihmigtotal.pdf

FASSIN D ; LERT F ; GOUDJO A ; VIDAL L ; VEISSE A ; SIMONNOT N ; AINA STANOJEVICH E ; CYTRYNOWICZ J ; MANDY C

Migrants et VIH

Numéro spécial ; Français ; Revue : TranscriptaseS ; 2004/02 ; n° 114 ; ISN : 1166 5300 ; pp. 17-46 ; graphique

Thème principal : MIGRANT

MIGRANT ; MIGRATION ; PREVENTION ; EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE ; FEMME ; ASSOCIATION ; PROTECTION SOCIALE ; PRISE EN CHARGE MEDICALE ; COMMUNICATION ; VULNERABILITE ; CULTURALISME ; PERSONNE ISSUE DE L'IMMIGRATION ; FRANCE ; EUROPE DE L'OUEST

Résumé : Ce dossier rassemble les contributions de spécialistes qui apportent une base de réflexion sur la question de l'épidémie au sein des populations migrantes ou issues de l'immigration, vue sous les angles politique, scientifique, social et anthropologique. Y sont évoqués : le phénomène migratoire et ses conséquences sur la prévention et la prise en charge, l'épidémie VIH chez les migrants en Europe, la situation des femmes migrantes, le culturalisme, les associations françaises oeuvrant auprès des migrants, la situation des malades en situation de précarité (demandeurs d'asile, personnes en situation irrégulière, personnes démunies) et leur accès aux soins et, enfin, la communication en direction des migrants.

Cote IDF : TranscriptaseS, n° 114

Disponible en texte intégral sur : www.pistes.fr/transcriptases/114.htm

LOUHENAPESSY M ; NTAKIYICA A

European Project Aids and Mobility, Amsterdam

7ème rencontre des migrants : accès aux soins, VIH/sida et prise en charge des migrants et des minorités ethniques en Europe, rapport

Acte de colloque ; Rapport ; Français ; 2003/10 ; 44 p.

Congrès : 7ème rencontre des migrants : accès aux soins, VIH/sida et prise en charge des migrants et des minorités ethniques en Europe, Bruxelles, 2002/09/19-22

Thème principal : PRISE EN CHARGE

PRISE EN CHARGE ; PRISE EN CHARGE MEDICALE ; SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ; MIGRANT ; MIGRATION ; POLITIQUE EUROPEENNE ; EPIDEMIOLOGIE ; LEGISLATION ; ACCES AUX SOINS ; PERSONNE SEROPOSITIVE ; ACTION DE TERRAIN ; OBSERVANCE ; PROTECTION SOCIALE ; FEMME ; ACCES AU MEDICAMENT ; IKAMBERE

Résumé : La rencontre s'est organisée autour de sessions plénières et d'ateliers portant sur différents thèmes.

- Thèmes des sessions plénières : migration et VIH, migration et politiques européennes, développements épidémiologiques et leurs significations, problèmes des traitements, impact de la régularisation sur la vie des personnes et sur la santé publique, prise en charge des traitements dans la communauté, collaboration avec les pays d'origine et l'impact sur l'opinion publique.

- Chaque atelier avait pour pistes de travail les thèmes : travail communautaire (identité des migrants, problèmes familiaux, sexualité...), soins et soutien (relation entre le personnel médical et les patients, dépistage...), développement de politiques (aspects légaux, accès aux droits, discrimination...).

Cote IDF : 0706, A/0319

Disponible en texte intégral sur :

<http://212.206.44.60/systeme3/pdf/Migrants%20Meeting%202002%20Fra.pdf>

CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida), Ile-de-France

Sida et migrants/étrangers, accès aux droits, à la prévention et aux soins : 49ème rencontre du CRIPS Ile-de-France

Numéro spécial ; Acte de colloque ; Français ; Revue : Lettre du CRIPS Ile-de-France (La) ; 2003/02 ; n° 65 ; ISN : 1242 1693 ; 8 p.

Congrès : Sida et migrants/étrangers : accès aux droits, à la prévention et aux soins, Paris, 2002/11/30

Thème principal : MIGRANT

MIGRANT ; EPIDEMIOLOGIE ; FEMME ; HOMME ; SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ; PERSONNE SEROPOSITIVE ; ENTOURAGE ; DENI ; DISCRIMINATION ; VULNERABILITE ; RIFEN ; IKAMBERE ; APA ; ALS ; FRANCE

Résumé : Organisée dans le cadre de la journée mondiale de lutte contre le sida portant sur le thème de la discrimination, cette rencontre avait pour objectif d'apporter des éclaircissements sur la spécificité de l'infection à VIH dans les communautés migrantes. Ainsi les témoignages de responsables d'associations communautaires menant des actions d'accompagnement, de soutien et de prévention, ont mis en évidence quelques éléments faisant obstacle à l'accès à la prévention et aux soins des migrants. Ont notamment été soulignés : la nécessité de communiquer avec les

migrants en français et dans leur langue, la vulnérabilité des femmes migrantes infectées, la discrimination et le déni communautaires, le tabou entourant la sexualité.

Cote IDF : Lettre du CRIPS, n° 65

Disponible en texte intégral sur : www.lecrips.net/webidf/lettre_info/lettre65/L65_0.htm

FASSIN D ; SIMON P ; GILLOIRE A ; VOURC'H F ; DE RUDDER V ; DOURIS V ; RUDE-ANTOINE E ; HAMEL C ; POURETTE D ; SALOMON C

ANRS (Agence Nationale de Recherches sur le Sida), France

Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux

Rapport ; Acte de colloque ; Français ; Paris : Agence Nationale de Recherches sur le Sida ; 2002/07 ; Coll. : Sciences sociales et sida ; ISN : 2 910143 19 8 ; 129 p.

Congrès : Sida et immigration : la recherche en questions, Paris, 2000/10/09

Thème principal : MIGRANT

MIGRANT ; DISCRIMINATION ; DROIT DES ETRANGERS ; SOCIOLOGIE ; POLITIQUE NATIONALE ; POUVOIR PUBLIC ; LEGISLATION ; JEUNE ADULTE ; GROUPE ETHNIQUE ; SEXUALITE ; COMPORTEMENT A RISQUE ; ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL ; LIEU DE RENCONTRE ; MULTIPARTENARIAT ; FRANCE ; MAGHREB ; AFRIQUE SUBSAHARIENNE ; GUADELOUPE

Résumé : Bilan de la journée d'animation organisée sur la question de l'immigration et du sida, cet ouvrage se divise en trois chapitres. Les deux premiers chapitres sont consacrés à la question des inégalités, notamment vis-à-vis de la santé et du VIH, ouvrant ainsi le débat sur le processus de catégorisation et sur les phénomènes de discrimination. Le troisième chapitre est consacré aux aspects juridiques qui conditionnent la vie familiale, mais aussi affective et sexuelle, de ces populations. Les résultats de travaux de recherche qui concluent cet ouvrage donnent un éclairage sur les attitudes de prévention vis-à-vis du risque de contamination par voie sexuelle dans certains groupes de population. (résumé de l'auteur).

Cote IDF : 0702, A/0893

Quelques chapitres en texte intégral sur : www.anrs.fr/index.php/article/articleview/1077/1/158

2. Femme, genre et VIH/sida

ONUSIDA, Genève

Les femmes et le SIDA

in : Le point sur l'épidémie de SIDA : décembre 2004

Extrait ; Rapport ; Français ; Genève : ONUSIDA ; 2004/11 ; ISN : 92 9 173391 1 ; pp. 7-18 ; graphique

Thème principal : FEMME

FEMME ; EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE ; AGE ; CONNAISSANCE ; COMPORTEMENT ; STATUT SOCIO-ECONOMIQUE ; VIOLENCE ; ACCES A L'INFORMATION ; ACCES AUX SOINS ; DROIT DES PERSONNES ; INTERNATIONAL ; AFRIQUE SUBSAHARIENNE ; ASIE

Résumé : Ce chapitre du rapport sur l'épidémie de VIH/Sida dans le monde fait le point sur la situation de l'épidémie chez les femmes dans le monde (en particulier dans pays en développement). Il présente les données chiffrées mais aussi des éléments qui contribuent à favoriser la vulnérabilité des femmes face au VIH/Sida (statut socio-économique ou familial, violence, moindre accès à l'éducation, aux soins ou aux traitements...).

Cote IDF : 0703, A/0567

Act Up-Paris ; AIDES ; MFPF (Mouvement Français pour le Planning Familial) ; Sida Info Service, France ; Le Kiosque info sida, Paris

Femmes et sida : états généraux, 7 mars 2004

Acte de colloque ; Français ; 2004/07 ; 112 p. ; liste d'adresses ; glossaire

Congrès : Femmes et sida : états généraux, Paris, 2004/03/07

Thème principal : FEMME

FEMME ; VIVRE AVEC LE VIH/SIDA ; EFFET SECONDAIRE ; SEXUALITE ; DESIR D'ENFANT ; TEMOIGNAGE ; ASSOCIATION ; STATUT SOCIO-ECONOMIQUE ; ACCES AUX SOINS ; FRANCE ; AFRIQUE ; POLOGNE

Résumé : Ce document rend compte des états généraux "Femmes et sida" qui ont eu lieu le 7 mars 2004 à Paris. Il débute par une brève présentation des cinq associations à l'origine de l'événement et de leurs actions déjà mises en place à l'intention des femmes. Les comptes rendus des différents ateliers sont développés ensuite, ponctués de témoignages, sur les thèmes suivants : vivre avec la maladie ; le traitement et les effets secondaires ; la sexualité ; le désir d'enfant ; Nord-Sud, Est-Ouest (présentation d'une expérience au Burundi, des actions de l'association Ikambere à Paris et de la situation des femmes séropositives en Pologne). La question de la vulnérabilité de la femme (socio-

économique, culturelle et physiologique) et de la nécessité de prendre en compte ces spécificités dans la recherche médicale ou en sciences sociales est centrale.
Cote IDF : 0702, A/0987

Assemblée Nationale. Groupe d'études sur le sida, France

Sida : les femmes en danger

Numéro spécial ; Français ; Revue : Lettre sur le sida ; 2004/03 ; n° 2 ; 4 p.

Thème principal : FEMME

FEMME ; COMPORTEMENT A RISQUE ; PROSTITUE DE RUE ; MIGRANT ; ASSOCIATION ; VULNERABILITE ; FRANCE ; AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Résumé : Ce document souligne les diverses fragilités des femmes face à l'infection à VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) : méconnaissance du préservatif féminin, difficultés de la prévention auprès des femmes prostituées, vulnérabilité et assujettissement de la femme migrante originaire d'Afrique sub-saharienne, prise en compte insuffisante de la spécificité féminine dans la recherche.

Cote IDF : 0702, A/0969

Disponible en texte intégral sur : www.sida-info-service.org/telechargement/lettre_an_032004.pdf

SCHILTZ M-A ; JASPARD M

IDUP (Institut de Démographie de l'Université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne)

Femmes et VIH : résultats de l'enquête ENVEFF, enquête sur les violences envers les femmes en France

Extrait ; Français ; 2004 ; 48 p. ; questionnaire

Thème principal : COMPORTEMENT SEXUEL

ENQUETE ; VIOLENCE ; COMPORTEMENT SEXUEL ; COMPORTEMENT A RISQUE ; FEMME ; USAGE DU PRESERVATIF ; DEPISTAGE ; SANTE SEXUELLE ; MST ; FRANCE

Résumé : Dans le cadre de l'enquête nationale ENVEFF menée de mars 2000 à juillet 2000 auprès d'un échantillon représentatif de 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans, une partie de l'enquête porte sur l'attitude des femmes face au VIH. Ce document décrit la méthodologie de l'enquête générale et la replace dans le contexte de la recherche en France; puis sont commentés les principaux résultats sur la vie affective et sexuelle des femmes, sur l'usage du préservatif, et sur le recours au test de dépistage.

Cote IDF : 0608, A/0115

MOSSUZ-LAVAU J

Une politique de réduction des risques sexuels pour les femmes en difficulté de prévention : la sexualité dans les milieux de la précarité

in : Sexualité, normes et contrôle social

Extrait ; Livre ; Français ; Paris : l'Harmattan ; 2003 ; Coll. : Sexualité humaine ; ISN : 2 7475 5298 5 ; pp. 101-115

Thème principal : ACTION DE TERRAIN

ACTION DE TERRAIN ; GROUPE DE PAROLE ; FEMME ; PAUVRETE ; ISLAM ; NEGOCIATION SEXUELLE ; 1999 ; EVALUATION ; FRANCE

Résumé : L'auteur rend compte et analyse le travail réalisé dans des groupes de paroles de femmes issues de milieu précaire en difficulté de prévention. Il met en particulier en relief ce que ce travail de groupe a apporté à ces femmes en termes de connaissances et d'assurance dans les rapports à l'autre, médecin ou partenaire.

Cote IDF : 0603, A/0345

NDALA MUSUAMBA M-L

Genre et VIH : être femme à l'heure du sida en Afrique

Acte de colloque ; Français ; Kinshasa : REDS ; 2002/08 ; 30 p.

Congrès : XIIème Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique, Ouagadougou, 2001/12/09-13

Thème principal : ROLE SEXUEL

ROLE SEXUEL ; FEMME ; RELATION DE COUPLE ; VIOLENCE PHYSIQUE ; CROYANCE ; RITE D'INITIATION ; FACTEUR SOCIOCULTUREL ; RECOMMANDATION ; AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Résumé : L'auteur, magistrat présidente de la cour d'appel de Kinshasa/Matete est coordinatrice du Réseau Ethique, Droit et VIH/Sida en République démocratique du Congo. Dans une première partie, les facteurs de vulnérabilité des femmes africaines sont présentés : statut social et juridique inférieur, pouvoir économique et social fort de l'homme, le difficile partage de l'information avec le conjoint, les violences faites à la femme, le poids des croyances et les pratiques ethno-culturelles. Dans la

seconde partie, l'auteur propose des recommandations et des stratégies à mettre en place pour réduire la vulnérabilité des femmes à l'infection VIH.
Cote IDF : 0605, A/0098

MFPF (Mouvement Français pour le Planning Familial), Paris

Femmes, sida et identité féminine

Dossier ; Français ; 2002/03 ; 166 p.

Thème principal : FEMME

FEMME ; FACTEUR SOCIOCULTUREL ; REPRESENTATION DE LA MALADIE ; GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; DROIT DES PERSONNES ; GROUPE DE PAROLE ; EPIDEMIOLOGIE ; GROSSESSE ; TRANSMISSION VERTICALE ; PREVENTION ; PRESERVATIF FEMININ ; MIGRANT ; FRANCE ; AFRIQUE ; INTERNATIONAL

Résumé : Ce dossier documentaire rassemble une sélection d'articles concernant la femme et l'infection à VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine), articles regroupés suivant cinq thèmes : sida et genre féminin ; situation épidémiologique ; sida, grossesse et transmission materno-foetale ; quelle prévention pour les femmes ? ; femmes immigrées séropositives.

Cote IDF : 0702, A/0915

NATH M B

UNIFEM (United Nations Development Fund for Women), New York

Genre, VIH et droits humains : Manuel de formation

Guide pédagogique ; Français ; New York : UNIFEM ; 2002 ; 210 p.

Thème principal : SEXE

SEXE ; DROITS DE L'HOMME ; FEMME ; OUTIL PEDAGOGIQUE ; FORMATION ; INTERNATIONAL

Résumé : Ce support de formation aborde les questions du genre, des spécificités de chaque sexe et des droits humains en lien avec le VIH/sida. Il propose différents modules d'animation très détaillés destinés aux formateurs (fiches techniques).

Cote IDF : 0704, A/0039

LYDIE N ; GARENNE M

Genre et sida

Numéro spécial ; Français ; Revue : Dossiers du CEPED (Les) ; 2001/12 ; n° 67 ; ISN : 2 87762 139 1 ; 37 p.

; graphique ; tableau

Thème principal : FACTEUR SOCIOCULTUREL

FACTEUR SOCIOCULTUREL ; FACTEUR DE RISQUE ; PREVALENCE VIH ; MORTALITE ; SEXE ; FEMME ; TRANSMISSION HOMME-FEMME ; COUPLE SERODISCORDANT ; VIOLENCE SEXUELLE ; AGE ; AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Résumé : Les auteurs effectuent un bilan des connaissances sur les différences selon le sexe de la prévalence et de l'incidence du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ainsi que de la mortalité par sida. Ils analysent les différents facteurs de risque épidémiologiques, biologiques et comportementaux qui peuvent expliquer la croissance du nombre de cas chez les femmes.

Cote IDF : 12, A/0151

RAYNAL F

Femmes : les oubliées de la prévention

Article ; Français ; Revue : Transversal : journal des acteurs de la lutte contre le sida ; 2001/10 ; n° 5 ; ISN : 1627 0428 ; pp. 4-6

Thème principal : ACTION DE TERRAIN

ACTION DE TERRAIN ; UNITE MOBILE DE PREVENTION ; PREVENTION PRIMAIRE ; FEMME ; RELAIS DE PREVENTION ; CHANGEMENT DE COMPORTEMENT ; FORMATION ; BOUCHES DU RHONE

Résumé : Le programme national de réduction des risques sexuels en direction des femmes mis en place par la DGS s'inspire d'une initiative réussie dans les Bouches du Rhône.

Cote IDF : Transversal, n° 5

SPENCER B

Et Dieu créa ... le genre : La prévention du sida spécifique au genre

Article ; Français ; Revue : Infothèque sida ; 2001/06 ; vol. 2001 ; n° 2 ; ISN : 1017 8791 ; pp. 4-9

Thème principal : SEXE

SEXE ; PREVENTION ; FEMME ; HOMME ; SUISSE

Résumé : Cette article interroge le concept de prévention du sida spécifique attaché au genre et des approches différentes pour les hommes et les femmes.

Cote IDF : Infothèque sida, n° 2/01

Disponible en texte intégral sur : www.aidsnet.ch/infothek/f/2_01_02.htm

GUPTA G-R

Genre, sexualité et VIH

in : Rompre le silence : Durban, XIIIe conférence internationale sur le sida, 9-14 juillet 2000

Article ; Français ; Revue : Transcriptase ; 2000/10 ; n° 87 ; ISN : 1166 5300 ; pp. 11-16

Thème principal : ROLE SEXUEL

ROLE SEXUEL ; HOMME ; FEMME ; SEXE ; VULNERABILITE ; PVD ; INTERNATIONAL

Cote IDF : Transcriptase, n° 87

Disponible en texte intégral sur : www.pistes.fr/transcriptases/87_1226.htm

NAHOUM-GRAPPE V

Conditions de la femme et sida

in : Rompre le silence : Durban, XIIIe conférence internationale sur le sida, 9-14 juillet 2000

Article ; Français ; Revue : Transcriptase ; 2000/10 ; n° 87 ; ISN : 1166 5300 ; pp. 16-19

Thème principal : FEMME

FEMME ; ROLE SEXUEL ; SEXE ; VULNERABILITE ; INTERNATIONAL

Cote IDF : Transcriptase, n° 87

Disponible en texte intégral sur : www.pistes.fr/transcriptases/87_1227.htm

ONUSIDA, Genève

Sexospécificité et VIH/sida

Rapport ; Français ; Genève : ONUSIDA ; 2000/08 ; Coll. : Meilleures pratiques ; 11 p.

Thème principal : ROLE SEXUEL

ROLE SEXUEL ; JEUNE ; FEMME ; PERSONNE SEROPOSITIVE ; IMPACT ; VULNERABILITE ; PVD ; AFRIQUE SUBSAHARIENNE ; BRESIL

Résumé : Ce document analyse comment le fait d'être un homme ou une femme influence le risque de chacun face au VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ; la vie avec le VIH/sida ; l'impact de la maladie et du décès d'un membre de la famille ou de la communauté ; les mesures prises aux niveaux individuel, communautaire et national face à l'épidémie.

Cote IDF : 0605, A/0094

MOSSUZ-LAVAU J

CEVIPOF (Centre d'étude de la vie politique française)

Une politique de réduction des risques sexuels pour les femmes en difficulté de prévention

Rapport ; Français ; 2000/05 ; 174 p. ; questionnaire

Thème principal : ACTION DE TERRAIN

ACTION DE TERRAIN ; FEMME ; PERSONNE EN DIFFICULTE ; FORMATION ; PREVENTION TRANSMISSION SEXUELLE ; COMPORTEMENT SEXUEL ; CONTRACEPTION ; PRESERVATIF ; NEGOCIATION SEXUELLE ; CHANGEMENT DE COMPORTEMENT ; CONNAISSANCE ; EVALUATION ; GROUPE DE PAROLE ; RELAIS DE PREVENTION ; FRANCE

Résumé : A la demande de la Direction Générale de la Santé, l'auteur a réalisé une évaluation d'un programme de réduction des risques sexuels en direction des femmes en grande difficulté mené sur trois ans par les animatrices du Planning Familial en France. L'évaluation de la formation spécifique dispensée aux animatrices, volontaires, fait l'objet de la première partie. Suit une analyse des besoins et un profil sociologique et sexuel des femmes rencontrées dans les groupes de paroles organisés par les animatrices dans leurs départements respectifs. Une dernière partie est un bilan quantitatif et qualitatif du programme, dont les conclusions conduisent l'auteur à en recommander la poursuite.

Cote IDF : 0708, A/0085

VIDAL L

Femmes en temps de sida : expériences d'Afrique

Livre ; Français ; Paris : Presses Universitaires de France ; 2000 ; Coll. : Politique d'aujourd'hui ; ISN : 2 13 050480 9 ; 194 p.

Thème principal : AFRIQUE

ANTHROPOLOGIE ; COMPORTEMENT ; CONTRACEPTION ; FEMME ; IDENTITE CULTURELLE ; MERE ; PROSTITUTION ; RELATION DE COUPLE ; SEXUALITE ; AFRIQUE

Résumé : Dès lors que l'on se penche sur la situation des femmes africaines dans des sociétés touchées par le sida, un certain nombre de stéréotypes apparaissent qui simplifient une réalité complexe et introduisent des éléments de stigmatisation des femmes. Cet ouvrage se propose de montrer comment le sida, en Afrique, tout à la fois révèle la nature des situations vécues par les femmes et en accélère les évolutions.

Cote IDF : 0101, A/0074

TCHAK S

La sexualité féminine en Afrique : domination masculine et libération féminine

Livre ; Français ; Paris : L'Harmattan ; 1999/09 ; Coll. : Sexualité humaine ; ISN : 2 7384 8132 9 ; 240 p.

Thème principal : SEXUALITE

FEMME ; FIDELITE ; MONOGAMIE SUCCESSIVE ; POLYGAMIE ; POUVOIR DANS LE COUPLE ; PROSTITUTION FEMININE ; RELATION DE COUPLE ; SEXUALITE ; VIOLENCE PHYSIQUE ; AFRIQUE

Résumé : L'auteur de ce livre fait le point sur la condition féminine et ses correspondances avec le sexe. Avec l'universalisation des comportements sexuels, la femme africaine, en dépit des contraintes patriarcales, assume son corps et s'assume de plus en plus comme objet-sujet de sa propre sexualité, donc comme objet désiré et sujet désirant : elle sort de sa réserve et émerge avec une conscience beaucoup plus accrue des possibilités de son corps.

Cote IDF : 0608, A/0027

3. Femmes migrantes

GOUDJO A

La "double peine" des femmes migrantes

Article ; Français ; Revue : TranscriptaseS ; 2004/02 ; n° 114 ; ISN : 1166 5300 ; pp. 25-27

Thème principal : FEMME

FEMME ; MIGRANT ; EPIDEMIOLOGIE ; PREVENTION ; FACTEUR SOCIOCULTUREL ; POUVOIR DANS LE COUPLE ; RECOMMANDATION ; VULNERABILITE ; FRANCE ; DOM

Résumé : L'article expose les raisons pour lesquelles les femmes migrantes cumulent les vulnérabilités (victimes du déni, vulnérabilités physiologique et socio-économique, stigmatisation communautaire à l'annonce de la séropositivité) et cherche à fournir des pistes d'orientation des actions de prévention ciblées en direction de ce public.

Cote IDF : TranscriptaseS, n° 114

Disponible en texte intégral sur : www.pistes.fr/transcriptases/114_337.htm

TONWE-GOLD B ; HIRSCHL B

Les femmes africaines séropositives vivant en Suisse. Caractéristiques, survie et besoins en matière de soutien social

Article ; Français ; Revue : Infothèque sida ; 2002/09 ; vol. 2002 ; n° 3 ; ISN : 1017 8791 ; pp. 44-50

Thème principal : FEMME

FEMME ; MIGRANT ; PERSONNE SEROPOSITIVE ; ENQUETE ; ACCES AUX SOINS ; REPRESENTATION DE LA MALADIE ; VULNERABILITE ; SUISSE ; AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Cote IDF : Infothèque sida, n° 3/02

RWEGERA D ; IMBS F ; SINON A ; CHARDIN C ; PISSAVY M ; RWEGERA B, dir. ; VIDAL L

Ikambere, Saint-Denis

Rapport de recherche : Ikambere et la vie quotidienne des femmes touchées par le VIH/sida

Rapport ; Français ; 2001/03 ; 91 p.

Thème principal : VIVRE AVEC LE VIH/SIDA

VIVRE AVEC LE VIH/SIDA ; MIGRATION ; FEMME ; MIGRANT ; PERSONNE SEROPOSITIVE ; ANTHROPOLOGIE ; IMPACT DE LA SEROPOSITIVITE ; REPRESENTATION DE LA MALADIE ; ANNONCE DE LA SEROPOSITIVITE ; DESIR D'ENFANT ; RELATION FAMILIALE ; PERSONNE EN DIFFICULTE ; PRISE EN CHARGE MEDICALE ; ASSOCIATION ; EXCLUSION SOCIALE ; ENQUETE ; IKAMBERE ; ILE DE FRANCE ; AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Résumé : Le document rend compte du vécu des femmes (principalement d'origine africaine) séropositives accueillies à l'association. Après avoir présenté l'échantillon étudié, le rapport observe l'impact de la séropositivité sur le projet de vie de ces femmes, sur leur représentation de la maladie, sur les relations qu'elles entretiennent avec leur entourage et, enfin, sur leur vie quotidienne en situation de précarité.

Cote IDF : 0607, A/0020

DIA I A

Prévention du sida, genre et migrations en Europe

Article ; Français ; Revue : Esprit critique ; 2000/11 ; vol. 2 ; n° 11 ; ISN : 1705 1045 ; 5 p.

Thème principal : PREVENTION

PREVENTION ; CAMPAGNE D'INFORMATION ; MIGRANT ; FEMME ; ETUDE DU GENRE ; RECOMMANDATION ; EUROPE

Description : Revue électronique de sociologie

Résumé : Par une mise à distance des approches universaliste et relativiste mises en œuvre dans les politiques de prévention en Europe, et par là même du lien sous-tendu par ces approches entre la migration et le sida, l'auteur, en soulignant la vulnérabilité des femmes migrantes, prône une meilleure considération des questions de genre dans les campagnes de prévention en direction des migrants.

Cote IDF : 0705, A/0553

Disponible en texte intégral sur : www.espritcritique.org/0211/article1.html

B. Sélection d'outils actuellement diffusés à destination des femmes migrantes

1. Outils diffusés par Afrique Avenir

Afrique Avenir, Paris

Mode d'emploi du préservatif féminin

Dépliant ; Français ; 2003 ; 6 [4A4] p. ; illustration

Thème principal : PRESERVATIF FEMININ

PRESERVATIF FEMININ ; MODE D'EMPLOI ; FRANCE ; AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Public : FEMME ; MIGRANT

Résumé : Mode d'emploi du préservatif féminin très claire et complet sous forme de bande dessinée.

Cote IDF : B07, B/0184

Contacts : Afrique Avenir

22 rue des Archives

75004 Paris

FRANCE

Tél : +331 42 77 41 31 - Fax : +331 42 77 04 31 – e-mail : Afrique.avenir@wanadoo.fr

2. Outils diffusés par Arcat

ARCAT (Association de Recherche, de Communication et d'Action pour l'accès aux Traitements), Paris

El preservativo femino : ahora puedes elegir !

Trad : Le préservatif féminin : maintenant tu peux choisir !

Dépliant ; Espagnol ; 2004/01 ; 4 [2A4] p.

Thème principal : PRESERVATIF FEMININ

PRESERVATIF FEMININ ; MODE D'EMPLOI ; FRANCE

Public : FEMME ; MIGRANT

Cote IDF : B01P, B/0313

Contacts : Presscode

Arcat diffusion

26, La Canebière

13001 Marseille

FRANCE

Tél : +334 96 11 05 89 - Fax : +334 96 11 05 81 – e-mail : philippe.morlhon@asos.org

Site internet : www.arcat-sante.org/

3. Outils diffusés par l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)

Affiches

Ministère chargé de la Santé et de la Protection sociale, France ; INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), France

Les femmes préfèrent les hommes qui savent se protéger : les préservatifs protègent du virus du sida et des infections sexuellement transmissibles

Affiche ; Campagne ; Français ; 2004/07 ; 60x80 cm.

Thème principal : PRESERVATIF MASCULIN

PRESERVATIF MASCULIN ; FEMME ; MST ; FRANCE ; AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Public : MIGRANT
Cote IDF : B11, P/0086

Dépliants / Brochures / Bandes-dessinées / Romans-photos

DIECKY E ; GASPARINI B
INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), France

La menace

Brochure ; Français ; 2004/12 ; 28 p.

Thème principal : MULTIPARTENARIAT

MULTIPARTENARIAT ; RELATION DE COUPLE ; PRESERVATIF ; DEPISTAGE ; TRANSMISSION ; SOLIDARITE ; FRANCE ; AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Public : MIGRANT

Description : Roman-photo

Résumé : Victor trompe sa femme mais sa jeune maîtresse tombe malade... Ce roman-photo aborde les relations extra-conjugales et le multipartenariat, promeut l'utilisation du préservatif, incite au dépistage et encourage la solidarité avec les personnes atteintes.

Cote IDF : B11, B/0199

MAYVAL

Fédération IFAFE (Initiative des Femmes Africaines de France et d'Europe), Bagnex ; Afrique Avenir, Paris ; CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida), Ile-de-France

Les aventures de Maïmouna

Bande Dessinée ; Français ; 2003 ; 27 [12A4] p.

Thème principal : PREVENTION TRANSMISSION SEXUELLE

PREVENTION TRANSMISSION SEXUELLE ; PRESERVATIF FEMININ ; MST ; MODE D'EMPLOI ; PERSONNE ISSUE DE L'IMMIGRATION ; FRANCE ; AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Public : MIGRANT ; FEMME

Description : Ce document existe aussi en anglais, russe, arabe, espagnol et créole.

Résumé : Cette bande dessinée, découpée en trois épisodes, retrace les aventures d'une jeune femme d'origine étrangère et sexuellement active. Le document a pour objet d'encourager les jeunes femmes, toutes origines confondues, à adopter des comportements de prévention en matière de sexualité et de promouvoir l'utilisation du préservatif féminin. Un mode d'emploi du préservatif féminin est inséré à la fin du document.

Cote IDF : B11, B/0152

INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), France

Mode d'emploi du préservatif féminin

Dépliant ; Français ; 2003/12 ; 8 [4A4] p. ; illustration

Thème principal : PRESERVATIF FEMININ

PRESERVATIF FEMININ ; MODE D'EMPLOI ; FRANCE

Public : MIGRANT ; FEMME

Description : Ce document existe également en version anglaise, espagnol, russe et créole haïtien

Résumé : Ce petit dépliant précise, à l'aide de dessins légendés d'une manière très simple et très claire, comment il faut mettre en place et utiliser le préservatif féminin.

Cote IDF : B11, B/0183

Vidéos

AKADIRI-SOUMAILA K ; Partenaire Production, Paris ; INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), France ; Ministère de la Santé et de la Protection sociale, France ; Partenaire Production, Paris

15 femmes contre le sida

Vidéo ; Court métrage ; Français ; 2004/11 ; 11 [18 x 0.40] min.

Thème principal : PRESERVATIF

PRESERVATIF ; FEMME ; NEGOCIATION SEXUELLE ; COMPORTEMENT SEXUEL ; CONNAISSANCE ; CROYANCE ; SOLIDARITE ; SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ; DEPISTAGE ; FRANCE

Public : MIGRANT ; FEMME

Résumé : Ces 18 programmes courts (de 30-40 secondes) sont destinés à sensibiliser les populations migrantes originaires d'Afrique subsaharienne ou antillaise à la prévention du VIH/sida. Ils font partie du dispositif de communication de l'INPES de décembre 2004 et font l'objet d'une diffusion sur TV5 à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida.

Quinze femmes célèbres, issues des communautés africaine ou antillaise, témoignent pour promouvoir l'utilisation du préservatif, inciter au dépistage et à la solidarité envers les personnes atteintes de VIH/sida.

Production : Saint-Denis : INPES

Diffusion : INPES Diffusion - VHS SECAM - Diffusion gratuite

Cote IDF : B11, V/0021

DUPARC H ; KOLY S ; Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, France ; INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), France

Les aventures de Moussa le taximan : films courts et humoristiques pour lutter contre le sida et la tuberculose (tomes 1 et 2)

Vidéo ; Court métrage ; Français ; 2003/11 et 2001/04

Thème principal : INFORMATIONS GENERALES

Public : GRAND PUBLIC ; MIGRANT

Résumé : Ces six courts métrages s'ajoutent à la série du même nom produite précédemment (en 2001). Destinés à la sensibilisation des personnes d'Afrique subsaharienne, ils ont pour personnage central Moussa, chauffeur de taxi. Celui-ci, au fil de son activité et de ses rencontres participe à la prévention du sida : confidant et conseiller, il informe sur le VIH/sida, lutte contre la discrimination, incite à se soigner et soutient chacun dans ses problèmes quotidiens face au VIH/sida, à la sexualité.

Un court métrage est plus particulièrement consacré à la tuberculose.

(Dans l'ordre d'apparition sur la cassette : "Affaire de capote", "On l'appelle Stop Sida", "Médicaments, c'est sérieux", "Sida, ça peut tromper", "Fatim et Théo", "La tuberculose".

Production : Saint-Denis : INPES ; Paris : Partenaire production ; s.l. : Prodom

Diffusion : INPES Diffusion - VHS SECAM - Diffusion gratuite

Cote IDF : B01, V/0831

NACRO F R ; NACRO F R

Vivre positivement

Vidéo ; Documentaire ; Français ; 2002 ; 43 min.

Thème principal : VIVRE AVEC LE VIH/SIDA

VIVRE AVEC LE VIH/SIDA ; ANNONCE PERSONNELLE DE LA SEROPOSITIVITE ; IMPACT DE LA SEROPOSITIVITE ; SOLIDARITE ; SOUTIEN FAMILIAL ; SOUTIEN SPIRITUEL ; FAMILLE ; ENTOURAGE ; FEMME ; RELATION DE COUPLE ; SEXUALITE ; PRESERVATIF ; DESIR D'ENFANT ; TRANSMISSION VERTICALE ; MEMBRE ASSOCIATION SIDA ; AFRIQUE DE L'OUEST ; MALI ; COTE D'IVOIRE ; BURKINA FASO

Public : GRAND PUBLIC

Description : Certaines séquences du film sont sous-titrées en français

Résumé : Pour lutter contre les réactions de discrimination et de rejet envers les personnes séropositives, ce documentaire montre comment, au Mali, en Côte d'Ivoire ou au Burkina Faso, des personnes atteintes d'infection à VIH/Sida "vivent positivement", au quotidien, avec la maladie, grâce au soutien de leurs proches. Des hommes et des femmes séropositifs, leur entourage familial ou professionnel, des leaders religieux, des responsables associatifs témoignent sur l'annonce de la séropositivité, son impact sur la vie quotidienne et les relations familiales, le soutien de l'entourage et de la communauté, l'engagement associatif ou professionnel, la vie de couple, la sexualité, le désir d'enfant...

Production : Abidjan : Santé Familiale et Prévention du Sida ; Baltimore : John Hopkins University / CCP ; Abidjan : RAP+ ; Neuilly Plaisance : Les films du Défi

Diffusion : Les films du Défi ; Santé Familiale et Prévention du Sida - VHS SECAM - à négocier en fonction de l'utilisation souhaitée

Cote IDF : B01, V/0828

KRIM R ; KRIM R ; Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, France ; INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), France

Houria : cinq films courts pour lutter contre le SIDA

Vidéo ; Court métrage ; Français ; Arabe ; 2002 ; 31 [5 x 6 mn] min.

Thème principal : INFORMATIONS GENERALES

INFORMATIONS GENERALES ; PRESERVATIF ; DEPISTAGE ; TRANSMISSION ; SEXUALITE ; SOLIDARITE ; RELATION FAMILIALE ; RELATION PARENT-ENFANT ; ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL ; DIALOGUE ; FRANCE

Public : MIGRANT

Description : Dans cette version, les dialogues en langue arabe sont sous-titrés en français

Résumé : Ces cinq courts métrages sont destinés à sensibiliser les populations d'origine maghrébine au risque du VIH/Sida. Personnage central des films, une vieille femme, Houria, participe à

l'information de son entourage sur le VIH/Sida et incite au dialogue autour de la sexualité, à la solidarité, au dépistage, à l'utilisation du préservatif.

(Dans l'ordre d'apparition sur la cassette : "Protection rapprochée", "Correspondance", "Faut pas tout confondre", "L'insolation", "Saf and Rap").

Production : Paris : Partenaire Radio ; s.l. : Cités Télévision ; s.l. : Citizen Télévision

Diffusion : INPES Diffusion - VHS PAL - Diffusion gratuite

Cote IDF : B11, V/0016

Cinomade, Noisy-le-Grand ; SERELLE D ; GOLDBLAT B ; Cinomade, Noisy-le-Grand ; SERELLE D ; GOLDBLAT B

Doni-doni b'an bela (version doublée en français)

Trad : Nous avons tous une part de responsabilité

Vidéo ; Documentaire ; Français ; Anglais ; 2001/11 ; 35 min.

Thème principal : RELATION DE COUPLE

RELATION DE COUPLE ; HOMME ; FEMME ; RELATION OCCASIONNELLE ; MULTIPARTENARIAT ; PROSTITUTION ; PRESERVATIF ; DEPISTAGE ; SOUTIEN FAMILIAL ; DISCRIMINATION ; RELATION HOMME-FEMME ; BURKINA FASO

Public : GRAND PUBLIC

Résumé : Ce documentaire a pour objectif la sensibilisation et la responsabilisation du public face au VIH/Sida.

En introduction, un griot expose la situation et invite chacun à réfléchir à son propre comportement face au VIH/Sida. Des hommes et des femmes de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) confient leurs expériences et leurs points de vue sur les relations homme-femme, les relations extra-conjugales, leur perception du risque de VIH/Sida, l'utilisation du préservatif... Des volontaires de l'association REVS+ expliquent l'importance du dépistage et d'une prise en charge précoce, ainsi que la place du soutien et de la solidarité envers les personnes malades.

Production : Bobo-Dioulasso : Sida ka taa ; Noisy-le-Grand : Cinomade

Diffusion : Cinomade - VHS PAL - 16 euros + frais d'expédition

Cote IDF : B01, V/0821 bis

NACRO F R ; NACRO F R

Le truc de Konaté

Vidéo ; Film de prévention ; Français ; 1998 ; 33 min.

Thème principal : PRESERVATIF MASCULIN

PRESERVATIF MASCULIN ; RELATION DE COUPLE ; NEGOCIATION SEXUELLE ; AFRIQUE

Public : HETEROSEXUEL ; GRAND PUBLIC ; MIGRANT

Résumé : Cette fiction porte sur le thème de la négociation de l'utilisation du préservatif dans un couple hétérosexuel. L'action se déroule en milieu rural africain. D'un séjour en ville Diénéba a rapporté en cadeau des préservatifs. Konaté, son mari, refuse de les utiliser mais Diénéba ne cède pas...

Production : Neuilly Plaisance : Les films du Défi ; Paris : Atriascop ; Paris : Canal +

Diffusion : INPES Diffusion ; Les films du Défi - VHS SECAM ; Beta - Diffusion gratuite ; à négocier en fonction de l'utilisation souhaitée

Cote IDF : B09, V/0008 bis

Contacts : INPES Diffusion

42, Boulevard de la Libération

93200 Saint-Denis

France

Tél : +33149 33 22 22 - fax : +33149 33 23 91 – e-mail : edif@inpes.sante.fr

Site internet : www.inpes.sante.fr

4. Outils diffusés par Migrations Santé

Outils pédagogiques

Migrations Santé, Paris ; Migrations Santé, Paris

Le sida, douze affiches pour en parler

Planches illustrées ; Mallette pédagogique ; Français ; 2001 ; 2 éd.

Thème principal : INFORMATIONS GENERALES

INFORMATIONS GENERALES ; TRANSMISSION ; PREVENTION ; INFORMATION CIBLEE ; PERSONNE EN DIFFICULTE ; MIGRANT ; FRANCE

Public : RELAIS DE PREVENTION ; MIGRANT ; PERSONNE EN DIFFICULTE

Description : Mallette en plastique de dimensions 31,5 x 42,5 x 3 cm contenant, un guide pédagogique de 74 pages, 13 affiches grand format

Production : Paris : Migrations Santé

Diffusion : Migrations Santé - 100 euros + frais de port

Cote IDF : DEMO, 0140

Migrations Santé, Paris ; Migrations Santé, Paris

Information sexuelle, contraception

Mallette pédagogique ; Planches illustrées ; Français ; 1990 env.

Thème principal : APPAREIL GENITAL

APPAREIL GENITAL ; APPAREIL GENITAL MASCULIN ; PROCREATION ; CONTRACEPTION ; STERILISATION ; MENSTRUATION ; REPRESENTATION ; FRANCE

Public : MIGRANT

Description : Mallette comprenant deux silhouettes grandeur nature, homme et femme, 23 planches format A3, un livret du stagiaire et un guide pédagogique.

Résumé : Conçue pour aider les professionnels des secteurs sanitaires et sociaux dans des actions d'information auprès des migrants, cette mallette permet d'aborder les représentations et les connaissances des appareils génitaux féminin et masculin, leur physiologie, leur fonctionnement, la procréation et la contraception. Elle aide l'animateur à faire émerger les savoir et les savoir-faire, faire acquérir de nouvelles représentations et connaissances, initier aux modes occidentaux de représentation de la réalité et faire comprendre les aides visuelles diffusées par les média sur ces thèmes. Un guide pédagogique rappelle les particularités du public migrant, les objectifs de l'animation, fournit des conseils pratiques et des propositions méthodologiques ainsi que des informations médicales de base. Le livret du stagiaire permet à chacun de s'approprier les connaissances acquises.

Production : Paris : Migrations Santé

Diffusion : Migrations Santé - 45, 75 euros + frais de port

Cote IDF : DEMO, 0053

Contacts : Migrations Santé

23, rue du Louvre

75001 Paris

FRANCE

Tél : +331 42 33 24 74 - fax : +331 42 33 29 73 – e-mail : migsante@wanadoo.fr

Site internet : www.migrations-sante.org

II. Bibliographie de documents en anglais

A. Documents consultables au Crips Île-de-France

WU E ; EL-BASSEL N ; WITTE S S ; GILBERT L ; CHANG M

Intimate partner violence and HIV risk among urban minority women in primary health care settings

Trad : Violence du partenaire privilégié et risque VIH chez les femmes d'une minorité urbaine dans le cadre de soins de santé primaire

Article ; Anglais ; Revue : Aids and behavior ; 2003/09 ; vol. 7 ; n° 3 ; ISN : 1090 7165 ; pp. 291-301 ; tableau

Thème principal : VIOLENCE

VIOLENCE ; USAGE DU PRESERVATIF ; COMPORTEMENT A RISQUE ; IMAGE DE SOI ; FEMME ; MILIEU URBAIN ; IMPACT ; ENQUETE ; ETATS UNIS

Résumé : Cet article rend compte des résultats d'une étude réalisée auprès de 1590 femmes, afro-américaines ou latino-américaines. Elle avait pour but de rechercher et d'analyser les associations pouvant exister entre la violence subie de la part du partenaire habituel et les conduites à risque pour le VIH, chez des femmes vivant en milieu urbain et appartenant à un groupe ethnique prédominant dans le quartier.

Cote IDF : Aids and behavior, vol. 7, n° 3

SALABARRIA-PENA Y ; LEE J W ; MONTGOMERY S B ; HOPP H W ; MURALLES A A

Determinants of female and male condom use among immigrant women of Central American descent

Trad : Les déterminants de l'usage du préservatif féminin et masculin chez les femmes migrantes originaires d'Amérique centrale

Article ; Anglais ; Revue : Aids and behavior ; 2003/06 ; vol. 7 ; n° 2 ; ISN : 1090 7165 ; pp. 163-174 ; tableau

Thème principal : USAGE DU PRESERVATIF

USAGE DU PRESERVATIF ; PRESERVATIF FEMININ ; PRESERVATIF MASCULIN ; FEMME ; MIGRANT ; FACTEUR ; REPRESENTATION ; ETUDE ; 1998 ; ETATS UNIS ; AMERIQUE CENTRALE

Résumé : Cet article rend compte des résultats d'une étude réalisée en 1998 auprès de 175 femmes originaires d'Amérique centrale dans un centre de santé communautaire de Los Angeles pour évaluer les facteurs influençant l'usage du préservatif tant féminin que masculin dans cette population.

Cote IDF : Aids and behavior, vol. 7, n° 2

ICKOVICS J R ; BEREN S E ; GRIGORENKO E L ; MORRILL A C ; DRULEY J A ; RODIN J

Pathways of risk : race, social class, stress, and coping as factors predicting heterosexual risk behaviors for HIV among women

Trad : Les voies du risque : race, classe sociale, stress et coping en tant que facteurs prédictifs de comportements hétérosexuels à risque pour le VIH chez les femmes

Article ; Anglais ; Revue : Aids and behavior ; 2002/12 ; vol. 6 ; n° 4 ; ISN : 1090 7165 ; pp. 339-350

Thème principal : COMPORTEMENT A RISQUE

COMPORTEMENT A RISQUE ; COMPORTEMENT SEXUEL ; FEMME ; GROUPE ETHNIQUE ; FACTEUR SOCIOCULTUREL ; CSP ; STRESS ; COPING ; ETUDE ; ETATS UNIS

Résumé : Les auteurs présentent les résultats d'une étude américaine, réalisée auprès de 186 femmes, de groupes ethniques et de classes sociales différents, afin de déterminer si certaines variables comme l'éducation, le niveau de stress ou le degré personnel de résilience peuvent jouer le rôle de facteurs prédictifs de comportements hétérosexuels à risque pour le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine).

Cote IDF : Aids and behavior, vol. 6, n° 4

WATTS C ; MBWAMBO J ; GAILLARD P ; KRISHNAN S ; PIRES LUCA D'OLIVEIRA A F ; MORISON L ; MAPOSHERE C ; KIM J ; ENAMUL HOQUE A S M ; SMITH D ; TAYLOR W

WHO (World Health Organization). Gender and women's health, Genève

Violence against women and HIV/aids : setting the research agenda

Trad : Violence contre les femmes et VIH/sida : orientations pour la recherche

Acte de colloque ; Anglais ; 2001 ; 63 p. ; liste d'adresses ; tableau

Congrès : Violence against women and HIV/aids : setting the research agenda, Genève, 2000/10/23-25

Thème principal : VIOLENCE

VIOLENCE ; FEMME ; DEPISTAGE VOLONTAIRE ; PROSTITUE DE RUE ; TRAITEMENT POST-EXPOSITION ; RECOMMANDATION ; MIGRANT ; INTERNATIONAL ; AFRIQUE ; BRESIL ; ZIMBABWE ; AFRIQUE DU SUD ; TANZANIE ; KENYA ; INDE ; BANGLADESH

Cote IDF : 0606, A/0177

Disponible en texte intégral sur :

<http://www.genderandaids.org/downloads/topics/VAW%20HIV%20report.pdf>

BAYLIES C, dir. ; BUJRA J, dir.

Gender and AIDS Group, Royaume-Uni

Aids, sexuality and gender in Africa : collective strategies and struggles in Tanzania and Zambia

Trad : Sida, sexualité et genre en Afrique : stratégies et luttes collectives en Tanzanie et Zambie

Livre ; Anglais ; Londres : Routledge ; 2000 ; Coll. : Social aspects of AIDS ; ISN : 1 841 42024 7 ; 222 p.

Thème principal : ROLE SEXUEL

ROLE SEXUEL ; SEXE ; ASSOCIATION ; JEUNE ; FEMME ; FACTEUR SOCIO-ECONOMIQUE ; PREVENTION TRANSMISSION SEXUELLE ; ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL ; VULNERABILITE ; TANZANIE ; ZAMBIE ; AFRIQUE

Cote IDF : 0605, A/0020

ESU-WILLIAMS E

Gender and HIV/AIDS in Africa - Our hope lies in the future

Trad : Genre et VIH/SIDA en Afrique : notre espoir repose dans l'avenir

Article ; Anglais ; Revue : Journal of Health Communication ; 2000 ; vol. 5 (suppl.) ; ISN : 1081 0730 ; pp. 123-126

Thème principal : ROLE SEXUEL

ROLE SEXUEL ; FEMME ; ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL ; SENEGAL

Cote IDF : 08, A/0190

IMANE L ; COLLADO M-R ; LOUHENAPESSY M ; VAN DUIFHUIZEN R

European Project Aids and Mobility, Amsterdam

African women confronting AIDS : training guide for female African migrants

Trad : Femmes africaines confrontées au sida : guide de formation pour les migrantes africaines

Guide ; Anglais ; 1998/10 ; 31 + annexes p.

Thème principal : FORMATION

FORMATION ; MIGRANT ; FEMME ; EUROPE ; AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Public : FORMATEUR

Résumé : Ce document rend compte d'une formation réalisée auprès de femmes africaines résidant en Belgique, en France, aux Pays-Bas et en Espagne, et a pour but de servir de modèle. Il s'organise en différentes parties :

- la première fournit des informations générales sur l'organisation de la formation (notamment sur le rôle du formateur, les méthodes de formation, les interactions durant la formation et l'évaluation),
- la deuxième reflète le contenu du programme de formation (y sont décrits les objectifs, le cadre, le temps alloué, la préparation nécessaire...),
- enfin, sont présentés en annexes quelques outils d'aide à l'animation et exercices pouvant être utilisés dans ce cadre (tels que la Flottille de l'Espoir, le jeu du Feu de brousse...).

Cote IDF : 0805, A/0236

B. Documents en texte intégral sur internet

GIPSON MICHAEL L ; FRASIER A

Young Women of Color and Their Risk for HIV and Other STIs

2003 ; 4 p.

Disponible en texte intégral sur : <http://www.advocatesforyouth.org/publications/iag/ywoc.pdf>

CABALLERO M. ; DRESER A ; LEYVA R ; RUEDA C ; BRONFMAN M

Migration, Gender and HIV/AIDS in Central America and Mexico

2002 ; 5 p.

Disponible en texte intégral sur : http://ciss.insp.mx/migracion/site_library/M,%20Caballero.pdf

III. Sélection de sites internet

www.genderandaids.org/

Site de l'Unifem (United Nations Development Fund for Women)

Portail anglophone sur le genre et le VIH/sida

http://portal.unesco.org/unesco/ev.php?URL_ID=1134&URL_DO=DO_TOPIC

Action de l'Unesco dans la lutte contre le sida

www.iom.int/

OIM (Organisation internationale pour les migrations)

www.sida-info-service.org/index.php4

Site de Sida Info Service

www.lecrips.net/

Site du réseau des Crips (Centres régionaux d'information et de prévention du sida)

www.aidsmobility.org

Site du réseau européen sur la mobilité et le VIH/sida