

Université de Montréal

Comportements sexuels et risque d'infection au VIH/sida
chez les migrants Haalpulaar de la vallée du Sénégal

par
Christophe Saez

Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)
en santé communautaire

Mars, 2002

© Christophe Saez, 2002



WA

5

U58

2002

v.011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Comportements sexuels et risque d'infection au VIH/sida
chez les migrants Haalpulaar de la vallée du Sénégal

présenté par :

Christophe Saez

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Slim Haddad
président-rapporteur

Victor Piché
directeur de recherche

Pierre Fournier
codirecteur de recherche

Maria Victoria Zunzunegui
membre du jury

Résumé et mots clés

Contexte et objectifs de l'étude

Ce travail présente les résultats d'une étude menée en 1999 à Richard-Toll, dans la Vallée du fleuve Sénégal, auprès de travailleurs migrants d'origine Haalpulaar.

Les principaux objectifs de cette étude étaient de mieux comprendre les comportements sexuels des migrants de travail face au risque d'infection au VIH/SIDA, les perceptions de ce risque, et les éventuelles stratégies d'adaptation qu'ils mettent en œuvre. L'étude visait également à apporter un éclairage sur les situations à risque dans lesquelles se placent les travailleurs migrants en essayant de dégager les logiques individuelles et sociales qui les sous-tendent. Du fait du grand polymorphisme qui caractérise les phénomènes migratoires dans la vallée du Sénégal, seule la migration interne du milieu rural vers la ville a été prise en considération.

La perspective théorique dans laquelle se replace ce travail est l'interactionnisme symbolique. En parallèle d'une analyse du milieu associant observation directe et entretiens informels et semi-dirigés avec des personnes-clé, le matériau principal de la recherche est issu d'entretiens individuels en profondeur avec 12 travailleurs migrants Haalpulaar (Peul et Toucouleur).

Traditionnellement la vallée du Sénégal est une zone de forte mobilité, et la ville de Richard-Toll avec son complexe sucrier et son vaste secteur informel constitue un véritable pôle d'attraction régionale, siège d'importants flux migratoires de nature diverse, impliquant des populations originaires des villages de la vallée mais aussi d'autres régions du Sénégal et des pays voisins.

Comportements sexuels à risque

Les résultats de l'étude mettent en relief des comportements sexuels à risque chez la plupart des migrants interviewés. Les récits de vie migratoire de ces hommes Haalpulaar nous font découvrir la grande diversité des schémas relationnels affectifs et sexuels dans lesquels ils sont engagés. Dans un contexte de ville carrefour propice aux rencontres et négociations à visée sexuelle, les réseaux sexuels des migrants sont complexes, polymorphes et évolutifs, et font intervenir différents types de partenaires: l'épouse, la copine régulière, des partenaires occasionnelles habituées, des partenaires occasionnelles contre rétribution, les travailleuses du sexe des bars et des maisons closes, ou des prostituées occasionnelles comme les marchandes ambulantes... Ces réseaux, véritables systèmes d'échanges sexuels, vont mettre en situation de

vulnérabilité face au VIH/SIDA, les migrants en ville mais aussi beaucoup de femmes du milieu rural et périurbain. Dans la région de Richard-Toll, les dynamiques migratoires s'accompagnent d'importantes interactions entre la ville et le village, et lors de ses allers/retours, le migrant "de passage de la ville" bénéficie d'un immense pouvoir attractif auprès des jeunes filles et des femmes restées au village.

Les récits des migrants révèlent également une utilisation du condom très marginale et inconstante, associée le plus souvent à la fréquentation des professionnelles du sexe ou à la peur de survenue d'une grossesse illégitime. Tous les échanges sexuels occasionnels ou intéressant l'espace de la prostitution informelle se font la plupart du temps en l'absence de condom. Pour beaucoup de ces hommes arrivés seuls, le recours au commerce sexuel officiel ou clandestin devient un moyen facile d'accéder à des femmes et de satisfaire leurs désirs avec/ou sans préservatif car l'offre étant supérieure à la demande, beaucoup de femmes en situation de vulnérabilité économique accepteront un rapport sexuel non protégé, de peur de perdre une occasion de rétribution.

Connaissance et perception du risque

Si dans l'ensemble, les migrants interviewés possèdent un niveau de connaissances minimal mais juste, de nombreuses fausses croyances persistent et viendront interférer sur les modes de réponse au risque de sida. L'étude montre qu'il existe un énorme fossé entre ces connaissances et le maintien de comportements sexuels à risque.

Le sida génère une large palette de représentations et un ensemble de métaphores: c'est le *fidde* (morsure ou piquêre) apparenté aux "maladies des femmes" (les MST); c'est aussi une "mauvaise maladie" qui tue. Beaucoup sont convaincus que le sida est transmis par les "femmes qui jouent", et ils ne remettent pas en cause leurs pratiques sexuelles ni leur responsabilité partagée dans la diffusion potentielle de la maladie. Dans leur rapport au risque, les informateurs migrants évoquent souvent "l'autre et l'ailleurs" comme pour fuir cette réalité morbide. De fait pour beaucoup de ces hommes, le phénomène sida reste abstrait, lointain et impalpable en raison de plusieurs niveaux d'invisibilité et de complexité de la maladie. Alors, dans un contexte de forte imprégnation islamique, la maladie est réinterprétée à travers le filtre de la religion et des croyances populaires. Le sida est perçu comme le résultat d'un châtement divin lié à des comportements sexuels condamnables en regard des règles dictées par l'Islam.

Plusieurs éléments viennent complexifier les perceptions du risque et accentuer la vulnérabilité des migrants au VIH/SIDA. En milieu Haalpulaar, sexualité et sida sont des

sujets tabous dont on parle peu dans la sphère sexuelle ou dans la famille. Par ailleurs, les MST semblent être relativement banalisées avec un recours fréquent à l'automédication. Dans un contexte de faible visibilité de la maladie, très peu ont eu une expérience personnelle avec une personne atteinte ou décédée du VIH/SIDA.

Gestion du risque

Ceux qui avaient déjà des conduites à risque au village poursuivent dans cette voie en arrivant en ville. Néanmoins, au cours de leur expérience urbaine, certains migrants vont changer dans le sens d'une réduction de leurs pratiques risquées. Il ressort de cette étude que les fortes aspirations de réussite personnelle ou économique, comme se marier ou investir au village, vont constituer chez certains migrants un élément moteur de changement de comportement et un facteur de renforcement pour une bonne gestion du risque avec l'envie de se maintenir (soi, sa partenaire, sa famille) en santé et se protéger du VIH/SIDA.

Dans un milieu urbain perçu comme dangereux face au risque de sida, certains migrants vont réorienter leur activité sexuelle vers le village, perçu comme un espace plus sécuritaire. Cependant, ces hommes ne prendront pas de précaution particulière lors de relations sexuelles avec des partenaires qu'ils ont l'impression de connaître de plus ou moins longue date.

Une des difficultés de gestion du risque d'infection au VIH est que le sida se situe dans une myriade d'autres menaces ou préoccupations fondamentales comme s'intégrer dans un nouvel espace social, trouver l'âme sœur, se sortir de la précarité relative du secteur informel, réussir pour aider la famille du village, etc. Et, dans un contexte de conditions de vie et de travail difficiles, les préoccupations relatives à la santé vont passer au deuxième plan.

Recommandations et conclusion

La richesse des informations recueillies rend compte de la complexité des phénomènes *Migration interne et VIH/SIDA*. Les connaissances issues de ce travail devraient permettre de fournir un ensemble de repères utiles aux acteurs de terrain et aux concepteurs de programmes afin de mieux orienter les stratégies d'intervention pour la lutte contre le VIH/SIDA dans la Vallée du Sénégal.

Mots clés

Migration, VIH, sida, Sénégal, Afrique de l'Ouest, déterminants, comportements sexuels à risque, réseaux sexuels, perception du risque, construction sociale du risque, gestion du risque.

Abstract and key words

Context of the study and objectives

This thesis presents the findings of a qualitative study conducted in 1999 among male Haalpulaar migrant workers in Richard-Toll (Senegal river). The main objectives of this study were to better understand migrants sexual behavior, risk perceptions of HIV/AIDS and strategies developed by people to face this risk. The purpose of this study was also to describe and analyze the situations in which migrant workers put themselves and to bring information on the individual and social determinants of risky sexual behaviors. Notice that in this study, only internal migration is concerned.

The theoretical perspective of this work is the symbolic interactionism. The research material comes from in depth interviews with 12 Haalpulaar migrant workers and from an ecological analysis of the context of Richard-Toll including direct observation and interviews with key informants. All the interviews with migrants were tape-recorded and transcribed verbatim, and the qualitative analysis was supported by *Atlas-ti 4.2* software.

Traditionally in Senegal river, human mobility is important and polymorphic. Richard-Toll is a complex area where the influences of the *Compagnie sucrière sénégalaise* (region major employer) and the huge informal sector attract rural populations and people coming from diverse places of Senegal or close countries.

Risky sexual behaviors

The findings point out risky sexual behaviors among most of migrant workers interviewed. In this urban context the migrants are engaged in multiple sexual relationships and tend to develop complex sexual networks with different types of partners: the main girlfriend in town, the girlfriend(s) of the village, casual partners, sexual workers, and the wife in their rural home for those who are married. The analysis of migrants life stories reveals that they are involved in numerous interactions between Richard-Toll and their own village, and during these circular migration dynamics the migrants have an important sexual activity with women of rural zones because of their attractive power. The spiral of HIV/AIDS risk exposure grows with the meeting of women in difficulty seeking for financial assistance and isolated men in a new urban environment confronted to difficult conditions of work and life.

In this context of important sexual negotiations and activity, the study highlights a very low and occasional condom use among migrant workers. Condom use is mainly associated with

the fear of illegitimate pregnancy and the frequentation of sexual workers. In the area of informal prostitution and casual sex, the study shows that unprotected sex is the norm.

For a majority of these men, who arrived alone in the city, payment for sex is the easy way to get women and satisfy sexual needs.

Knowledge of AIDS and HIV risk perception

If most migrants interviewed have a good level of AIDS knowledge, the study points out the gap between knowledge and appropriate behaviors in the migration and HIV/AIDS epidemic context. Many false beliefs are still alive and will interfere on the protective sexual strategies of the migrants regarding AIDS.

AIDS generates many social representations and metaphors: it is the *fidde* (bite) related to "women disease" (sexually transmitted disease); it is also "a bad (nasty) disease" which kills people. Many are convinced that AIDS is transmitted by "women who plays". Therefore, they avoid questioning their own behaviors and responsibilities in the spreading of the disease. Regarding exposure to HIV infection risk, the migrants speak often about "the other and away" in order to escape this deadly reality. And for a lot of these men, AIDS is still an abstract notion due to its multiple level of complexity and invisibility. In an area where Islam is strongly established, the disease is viewed through a filter made with popular beliefs and religion. AIDS is considered as a punishment from God related to a non respect of Islamic rules.

Beside, STD's gravity seems to be relatively underestimated with a frequent use of self-medication. Finally, few of them possess a personal experience with people dying of AIDS.

Many cultural and environmental factors bring complexity in the equation of migration and AIDS. In the Haalpulaar society, disclosure of sexuality, condom use and AIDS is difficult because those subjects are taboo.

HIV risk management

Those who had risky sex behaviors before leaving their village continue those in town. But during their personal experience of migration some of them will change toward a reduction of their risky sexual practices. Personal goals and concerns about the future as well as getting married, economic success in their migration experience, investments in the village (e.g. building a house) are strong determinants for behavior change.

In an urban context, viewed as an unsafe area concerning HIV infection risk, some migrants will turn their sexual activity toward the village, considered as a safer place.

One problem related to HIV infection risk management is that the disease occurs in a life where many other preoccupations and dangers are perceived as more important (e.g. integration in a new social context, finding the love one, earning money in order to help the family,...).

Implications for intervention and conclusions

The vast amount of information obtained through the migrants life stories, interviews with key informants and observations shows well the complexity of the relation between internal migration and HIV/AIDS in the Senegal river area.

As a final result, the knowledge emerging from this study should give some useful keys to health professionals and program managers leading to a better understanding of the situation and to improve the design and implementation of appropriate HIV intervention strategies.

Key words

Migration, HIV, AIDS, Senegal, West Africa, determinants, sexual behaviors, sexual networks, HIV risk perception, social construction of HIV risk, HIV risk management.

Table des matières

Résumé et mots clés	i
Abstract and key words.....	iv
Table des matières	vii
Liste des tableaux.....	xii
Liste des figures.....	xiii
Liste des annexes.....	xiv
Liste des abréviations et des symboles	xv
Dédicace.....	xvii
Remerciements.....	xviii
Avant-propos.....	xxi
Introduction.....	1
1. Définition du problème de recherche.....	4
1.1. Formulation du problème de recherche.....	5
1.2. Hypothèse de recherche.....	6
1.3. Question de recherche et objectifs	6
1.4. Principales sous questions de recherche.....	7
1.5. Pertinence de l'étude.....	7
1.5.1. Pertinence générale.....	7
1.5.2. Pertinence locale.....	8
2. Contexte de l'étude	9
2.1. Sénégal, quelques repères.....	10
2.1.1. Population.....	11
2.1.2. Religion et Islam au Sénégal	11
2.1.3. Regard sur l'économie	12
2.1.4. Système de santé et contexte sanitaire.....	12
2.2. Vallée du fleuve Sénégal, région cible de l'étude.....	13
2.2.1. Rappel historique utile à la compréhension du présent	14
2.2.2. Population à l'étude: les Haalpulaar	15
2.2.3. Site de l'étude: ville de Richard-Toll.....	17
2.2.4. CSS et secteur informel: deux grands pourvoyeurs d'emploi.....	18
2.2.4.1. La Compagnie Sucrière Sénégalaise.....	18
2.2.4.2. Le secteur informel	19
2.2.5. Analyse du marché sexuel à Richard-Toll.....	19
2.2.6. Contexte sanitaire.....	21
2.2.6.1. Situation du VIH/SIDA à Richard-Toll	21
2.2.6.1.1. « <i>Peu de données épidémiologiques disponibles sur le VIH/SIDA</i> »	21
2.2.6.1.2. <i>Problème d'accessibilité au test de dépistage du VIH.</i>	22
2.2.6.2. Recours pour MST.....	22

2.2.7. Sensibilisation sur les MST/SIDA.....	23
3. Revue de littérature	24
3.1. Migration, un concept aux multiples facettes	25
3.2. Migration en Afrique de l'Ouest.....	25
3.3. Migration et VIH, une relation complexe	26
3.4. Situation de l'infection au VIH/SIDA en Afrique subsaharienne et au Sénégal.....	28
3.4.1. Déterminants de l'épidémie	29
3.4.2. Prévalence du VIH/SIDA "faible" et stable au Sénégal	30
3.5. Analyse des comportements sexuels reliés à l'infection au VIH/SIDA.....	32
3.6. Définition opérationnelle des concepts utilisés	33
4. Cadre conceptuel	36
4.1. Position épistémologique	37
4.2. Un cadre conceptuel préliminaire souple.....	37
5. Choix méthodologiques	39
5.1. Population cible et échantillonnage	40
5.1.1. Cible de l'étude	40
5.1.2. L'échantillon qualitatif.....	40
5.2. Stratégie de recherche.....	42
5.2.1. Analyse du milieu.....	42
5.2.2. Collecte de l'information par entretiens individuels en profondeur auprès des travailleurs migrants	43
5.2.2.1. Procédures de collecte.....	43
5.2.2.2. Gestion des entretiens, traduction et transcription	44
5.2.2.3. Note à propos du co-chercheur/interviewer-interprète	45
5.2.3. Collecte de l'information par entrevues semi-dirigées auprès d'autres informateurs	45
5.2.4. Les grandes étapes de la recherche.....	46
5.2.5. Matériel recueilli	47
5.3. Analyse des données.....	48
5.3.1. Pré-analyse sur le terrain	48
5.3.2. Cadre général d'analyse	48
5.3.3. L'analyse qualitative soutenue par l'utilisation du logiciel <i>Atlas-ti 4.2</i>	50
5.3.4. Les étapes de l'analyse qualitative.....	51
5.3.4.1. Condensation des données	51
5.3.4.2. Traitement des données.....	53
5.3.4.3. Interprétation des résultats et validation	53
5.3.5. Qualité des données et respect des critères de scientificité	54
5.4. Aspects éthiques et état d'esprit sur le terrain.....	54
5.5. Difficultés et biais anticipés	55
6. Résultats.....	57
6.1. Présentation et interprétation des résultats	58
6.1.1. Les travailleurs migrants interviewés	58

6.1.1.1. Mieux faire connaissance avec nos informateurs.....	58
6.1.1.2. La vie au village avant de migrer, et les motifs de départ.....	59
6.1.2. Comportements sexuels et situations à risque	60
6.1.2.1. Multipartenariat sexuel	61
6.1.2.1.1. <i>De nouveaux schémas relationnels en ville</i>	61
6.1.2.1.2. <i>Un multipartenariat de forme et de degrés divers</i>	61
6.1.2.2. Recours à la prostitution	66
6.1.2.2.1. <i>L'accès aux prostituées des bars et des maisons closes</i>	66
6.1.2.2.2. <i>Les femmes s'adonnant à la prostitution informelle et occasionnelle</i>	69
6.1.2.2.3. <i>Inégalités de genre ou la rencontre d'un fort pouvoir de négociation des hommes face à des femmes en difficultés</i>	70
6.1.2.2.4. <i>Relations homme/femme et place de l'argent dans les négociations et le maintien de la relation</i>	71
6.1.2.3. Faible utilisation du préservatif	72
6.1.2.3.1. <i>Comportements sexuels à risque</i>	72
6.1.2.3.2. <i>Obstacles ou éléments limitant l'usage du condom</i>	75
6.1.2.4. Influence des pairs en milieu urbain et normes sociales.....	79
6.1.2.5. Sexualité, MST/SIDA, des sujets tabous dont on parle peu	80
6.1.2.6. Contrôle social: facteur protecteur ou élément favorisant la prise de risque?	81
6.1.2.7. Du village à la ville, changement ou continuité?	82
6.1.2.7.1. <i>Comportements au village avant le départ pour Richard-Toll</i>	82
6.1.2.7.2. <i>Arrivée en ville et changement dans les conduites sexuelles</i>	84
6.1.3. Modes d'adaptation face au risque de sida	86
6.1.3.1. Stratégies de sélection des partenaires.....	86
6.1.3.1.1. <i>Un ensemble de critères basés sur l'intuition</i>	86
6.1.3.1.2. <i>Copine régulière et partenaires occasionnelles</i>	87
6.1.3.2. Eviter le multipartenariat ou réduire le nombre de partenaires.....	88
6.1.3.3. Utilisation du condom.....	90
6.1.3.3.1. <i>Bonne accessibilité au préservatif en ville</i>	90
6.1.3.3.2. <i>Utilisation marginale en dehors du recours aux professionnelles du sexe</i>	91
6.1.3.4. Communication avec la partenaire sur les MST/SIDA et les moyens de protection.....	91
6.1.3.5. Abstinence temporaire et évitement face à une relation présumée à risque.....	92
6.1.4. Facteurs pouvant contribuer à une bonne réponse au risque de sida.....	92
6.1.4.1. Avoir de fortes aspirations comme le désir de réussite du projet migratoire.....	92
6.1.4.2. Quête de l'âme sœur et modèles de relation homme/femme.....	93
6.1.4.3. Une histoire d'échec dans une expérience migratoire précédente.....	93
6.1.5. Motifs de changement de comportements.....	94
6.1.5.1. Réflexion sur le but et les enjeux de sa migration	94
6.1.5.2. Peur du sida et prise de conscience de la gravité de la maladie.....	95
6.1.5.3. Richard-Toll perçu comme un lieu de libertinage sexuel et une zone à risque de sida ..	95
6.1.5.4. Rester célibataire, un choix délibéré pour certains	96
6.1.6. Construction du risque.....	97
6.1.6.1. Perception du milieu urbain: des avis partagés.....	97
6.1.6.2. Le sida, "c'est l'autre, c'est ailleurs"	99

6.1.6.3. Le sida est " <i>donné par les femmes</i> "	99
6.1.6.3.1. <i>Forte croyance ou refus de voir la réalité</i>	99
6.1.6.3.2. <i>Multipartenariat des femmes perçu comme un danger</i>	100
6.1.6.3.3. <i>Réactions des hommes face aux comportements des femmes "libres"</i>	101
6.1.6.4. Le sida, on l'attrape par le "jeu"	102
6.1.6.5. Le sida, une connaissance théorique non confrontée à la réalité	103
6.1.6.6. La conséquence d'un châtement divin	105
6.1.6.7. Une mosaïque de représentations.....	106
6.1.6.8. Connaissance du sida et sources d'information.....	107
6.1.6.8.1. <i>Des connaissances, oui mais...</i>	107
6.1.6.8.2. <i>Méconnaissances et fausses croyances</i>	107
6.1.6.8.3. <i>Principales sources d'information</i>	108
6.1.6.9. Perception de sa propre vulnérabilité au VIH.....	109
6.1.6.9.1. <i>Difficultés de perception de sa propre vulnérabilité face au VIH</i>	109
6.1.6.10. Perception des migrants et de la migration	110
6.1.6.10.1. <i>Ce que pensent les migrants des autres migrants</i>	110
6.1.6.10.2. <i>Perception de sa propre expérience migratoire</i>	111
6.2. Synthèse des résultats	112
6.3. Propositions et pistes théoriques suggérées.....	115
6.3.1. Des réseaux sexuels complexes, polymorphes et évolutifs	115
6.3.2. Approche systémique et dynamique de la problématique migration interne et VIH.....	117
6.3.3. Migration, rapport à l'espace et construction du risque d'infection au VIH	118
7. Discussion	121
7.1. Contextualisation des résultats avec la littérature	122
7.1.1. Comportements sexuels à risque	122
7.1.1.1. Mobilité et multipartenariat sexuel	122
7.1.1.2. Utilisation inconstante du préservatif	123
7.1.1.3. Faible prise en compte des MST.....	124
7.1.2. Influence du contexte socioculturel et économique	125
7.1.2.1. Contexte normatif et sexualité	125
7.1.2.2. Les obstacles aux changements de comportements	126
7.1.2.3. Modèles masculins et inégalités en matière de genre	126
7.1.2.4. Faible communication sur la sexualité et les MST/SIDA.....	127
7.1.2.5. Vulnérabilité des travailleurs migrants	127
7.1.2.6. Vulnérabilité des femmes	128
7.1.3. Perceptions et modes de réponse au risque	128
7.1.3.1. Les connaissances sur le sida: une donnée nécessaire mais pas suffisante	128
7.1.3.2. Quels éléments de réponse apporter face à cette apparente complexité?.....	129
7.1.3.3. Le rapport au risque	131
7.1.3.4. Une difficile gestion du risque.....	132
7.2. Points forts de l'étude.....	132
7.2.1. Validité de l'information recueillie.....	132
7.2.2. Validité des données et de l'interprétation des résultats	134

7.3. Limites de l'étude	137
8. Recommandations.....	139
8.1. Une vision globale couplée à des actions de proximité.....	140
8.2. Concernant la prostitution	141
8.3. Agir sur les inégalités en matière de genre.....	142
8.4. Parler du sida et favoriser l'utilisation du préservatif.....	142
8.5. Des actions visant les travailleurs migrants	144
Conclusion	145
Bibliographie.....	149
Annexes.....	xxii

Liste des tableaux

Tableau 1: Personnels et infrastructures de santé au Sénégal.....	13
Tableau 2: Evolution démographique de Richard-Toll (1960-99)	18
Tableau 3: Etude de séroprévalence du VIH à Richard-Toll (1996)	21
Tableau 4: Facteurs favorisant la transmission du VIH.....	30
Tableau 5: Nombre de cas de sida rapportés par année au Sénégal (période 1986-99).....	30
Tableau 6: Séro-prévalence du VIH-1 dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest.....	31
Tableau 7: Principaux modèles théoriques d'analyse des comportements reliés à la santé	32
Tableau 8: Organisation du travail de recherche	46
Tableau 9: Echancier de la recherche sur le terrain	47

Liste des figures

Figure 1: Carte du Sénégal	10
Figure 2: Carte de la vallée du Sénégal	14
Figure 3: Repères conceptuels préliminaires	38
Figure 4: Session de travail dans Atlas-ti (fenêtres de transcription, codage, réseau, liste de rubriques de codes)....	52
Figure 5: Analyse et interprétation des données qualitatives.....	56
Figure 6: Exemple de réseau sexuel des travailleurs migrants	116
Figure 7: Espaces d'interaction sociale et sexuelle	119
Figure 8: Groupe de coproduction de l'information.....	133
Figure 9: Trois regards complémentaires	136

Liste des annexes

Annexe 1: Indicateurs économiques, démographiques et sanitaires.....	xxiii
Annexe 2: Présentation des informateurs migrants	xxv
Annexe 3: Liste des personnes-clé rencontrées	xxvii
Annexe 4: Trame d'entretien individuel avec les informateurs migrants	xxix
Annexe 5: Tableaux des rubriques de codes et des catégories conceptuelles.....	xxxii

Liste des abréviations et des symboles

Abréviations

AIDS	<i>Acquired immunodeficiency syndrome</i>
ASBEF	Association sénégalaise pour le bien-être familial
ASC	Agent de santé communautaire
ASRBC	Agent prestataire de santé reproductive à base communautaire
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCISD	Centre de coopération internationale en santé et développement
CFA	Communauté financière africaine
CNPS	Centre national de prévention du Sida
CODESRIA	Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique
CRDI	Centre de recherches pour le développement international
CS	Centre de santé
CSS	Compagnie sucrière sénégalaise
DHS	<i>Demographic and Health Surveys</i>
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EIP/AOC	Equipe Inter-Pays pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
ENDA	Environnement Développement Afrique
EPS	Education pour la santé
ESIS	Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé
F	franc
FAR	Femme en âge de reproduction
FMI	Fonds monétaire international
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
I	Interviewer
IDH	Indicateur du développement humain
IEC	Information Education Communication
IFAN	Institut Fondamental d'Afrique Noire Cheikh Anta Diop
INF-	Informateur migrant
IOM	<i>International Organization for Migration</i>
IRD	Institut de recherche pour le développement
ISE	Institut des Sciences de l'Environnement
ISF	Indice synthétique de fécondité
IST	Infection sexuellement transmissible
K7	Cassette audio
M	migrant
MST	Maladie sexuellement transmissible
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMVS	Organisation pour la mise en valeur du fleuve Sénégal
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ORSTOM	Institut Français de Recherche en Coopération pour le Développement

PIB	Produit intérieur brut
PMA	Pays les moins avancés
PNB	Produit national brut
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PRFFSR	Programme régional de formation de formateurs en management de la santé reproductive
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RT	Richard-Toll
SANFAM	Santé de la Famille (Dakar)
SERDHA	Service d'études et de recherche pour le développement humain en Afrique
SI	Secteur informel
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
SSP	Soins de santé primaire
STD	<i>Sexually transmitted disease</i>
UCAD	Université Cheikh Anta Diop (Dakar)
UdeM	Université de Montréal
UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UQAM	Université du Québec à Montréal
US	<i>United States</i>
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
USCB	<i>United States Census Bureau (US Bureau of the Census)</i>
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VIH+	Séropositif au virus de l'immunodéficience humaine
VIH-1	Sérotype 1 du virus de l'immunodéficience humaine
VIH-2	Sérotype 2 du virus de l'immunodéficience humaine
vs	versus

Symboles

\$	dollar
♀	femme
♂	homme
①	information et repères pour le lecteur relatifs à des choix de présentation du rapport
👁	information issue de l'observation directe sur le terrain ou d'entretiens avec des personnes-clé

Dédicace

Je dédie ce travail à Annick, ma conjointe, en témoignage de mon amour et de ma reconnaissance; à Sarah, ma petite "Dadou", pour tous les moments de bonheur, source d'énergie et d'inspiration; à mes parents et à Nathalie et Paul.

Dans cette dédicace, une pensée particulière va à deux personnes parties trop vite, trop tôt:

- Docteur Franck Joly, chef de service de Médecine-Pédiatrie, en souvenir des projets menés parmi les populations amérindiennes et Noires Marrons de Guyane et du Surinam, et en reconnaissance pour tous les riches enseignements et les moments partagés;
- Amadou Bâ, coordonnateur du Projet *Mobilité et MST/SIDA au Sénégal*, dont l'accueil chaleureux, les conseils et l'aide apportée dès notre arrivée à Dakar furent déterminants pour la suite de notre travail et pour la réussite de notre mission au Sénégal.

Remerciements

« Faire court dans les remerciements est parfois difficile lorsqu'un travail de recherche vous permet de faire des rencontres marquantes et quand on a bénéficié d'une aide et d'un accueil exceptionnel sur le terrain ».

à Montréal

Mes remerciements vont tout d'abord à mes directeurs de recherche, les Professeurs Victor Piché, directeur du département de démographie de l'UdeM, et Pierre Fournier, directeur du département de médecine sociale et préventive de l'UdeM, pour m'avoir proposé un terrain de recherche passionnant et m'avoir permis de bénéficier d'excellentes conditions pour effectuer ma recherche au Sénégal, et de précieux enseignements tout au long de ce travail.

Je remercie également Lucien Albert, directeur de l'unité de santé internationale de l'UdeM et Monique Rompré pour leur aide apportée dans la préparation de ma mission au Sénégal.

Pour avoir consacré du temps et de l'écoute avant mon départ pour l'Afrique, je tiens à remercier les professeurs Gilles Bibeau, Ron Lévy et Jean-Marie Van der Maren de l'UdeM, Joanne Otis et Eva Nonn de l'UQAM, le Docteur Alix Adrien et Viviane Leane de la Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre. Je remercie également Sylvie Gendron et Macoumba Thiam de l'UdeM.

Pour avoir accepté de juger notre travail, je remercie les Professeurs Slim Haddad, président-rapporteur, et Maria Victoria Zunzunegui.

Une pensée chaleureuse va à tous mes amis étudiants, et tout particulièrement Catherine Godin, pour tous les grands moments vécus à l'UdeM et en dehors, Robert Casal, mon compagnon de route (et de soupe chinoise) pendant l'aventure Santé communautaire, Luciana Mercier, Martin Révillion, Sylvie Savard, Witnise Mereus, Mylène Fernet, et Luce Vallières. La richesse de notre passage à l'UdeM vient également de la rencontre avec plusieurs collègues étudiants africains dont Hawa Sissoko, Sylvie Bisizi, Khady N'dao, Hamado Zoungrana, Cosme Quenum et Edmond Kifouly.

Pour leur efficacité administrative "zen", et leur grande disponibilité je remercie Francine Gazaille et Gisèle Bacon du département de Médecine Sociale et Préventive.

Pour m'avoir permis de passer en douceur de l'Amérique tropicale à "l'Amérique boréale", je tiens à remercier du fond du cœur la Famille Beudet (Françoise et Benoît) ainsi que Jocelyne Desforges.

au Sénégal

à Dakar

A toute l'équipe du Programme Régional de Formation de Formateurs en Management de la Santé Reproductive, "une vraie famille durant notre séjour à Dakar": Docteur Mahmoudou Touré, Anta et Rosa, et aux personnes impliquées dans le projet *Mobilité et MST/SIDA au Sénégal* dont Abdoulaye Tall, Professeur Cheikh I. Niang et Hélène Banga de l'ISE-UCAD, je transmet mes plus sincères remerciements pour la facilitation de mon travail au Sénégal. Une pensée spéciale va au Docteur Eugène Gbedji, à Florence Waitzenegger-Lalou, et Richard Lalou (IRD) pour leur accueil exceptionnel et leur aide durant notre séjour à Dakar.

Pour leurs bons conseils et informations utiles avant mon départ pour Saint-Louis, je remercie également les Docteurs Moustapha Gueye (ENDA), Rose N'Guessan (CCISD), Karim Seck (PNLS), et Jean-Yves Le Hesran (IRD).

à Saint-Louis

Pour l'accueil sympathique et l'aide concrète dans mon travail, j'adresse mes sincères remerciements au Docteur Pape Coumba Faye, médecin-chef de district et au Docteur Aliou Thiam du Laboratoire du Dispensaire de Sor. Mes remerciements vont également à Fatou Diop et Babeli Sall de l'Université de Saint-Louis.

à Richard-Toll

Je tiens à remercier très sincèrement:

- toute l'équipe du centre de santé de Richard-Toll et plus particulièrement le Docteur Mamadou Diop médecin-chef de district, Gnagna Dieng Sow, sage-femme, et Cira Sow, infirmière, de la maternité et du centre des MST;
- le personnel de l'Antenne ASBEF de Richard-Toll, pour l'aide logistique et la grande disponibilité qu'ils m'ont témoigné, et tout particulièrement Amsata Fall, assistant social, Fatimata Sarr, ASRBC, et Khady Sidy Faye Sarr secrétaire, dont la qualité de la saisie informatique des transcriptions d'entrevue a grandement facilité notre travail sur le terrain;
- le Docteur Aboubacar Gassama et Ouma N'Diaye Sy, sage-femme, du service médical de la CSS.

Je ne peux oublier Hassamiou Sanghott, grand connaisseur de l'univers Peul/Toucouleur, qui fut notre "professeur" de langue Pulaar, et un précieux informateur dans le domaine de la vie sociale Haalpulaar, à qui j'adresse toute ma sincère reconnaissance.

Je remercie bien évidemment toute la famille Pape Fall qui m'hébergea à Richard-Toll, en souvenir des riches discussions et des bons repas pris "sénégalaisement" sur la natte.

Ces remerciements ne seraient pas complets sans l'expression de ma profonde reconnaissance à Mohamadou Sall, interviewer-interprète et co-chercheur, qui fut notre guide dans l'univers Haalpulaar de la Vallée du Sénégal, qui nous a permis de mieux comprendre le contexte de notre recherche, et qui a grandement contribué à la réussite de ce travail.

Enfin, et surtout, je tiens à adresser des remerciements particuliers à tous les informateurs migrants qui ont accepté de consacrer du temps tout en manifestant un vif intérêt pour notre travail de recherche et qui se sont exprimés avec une grande sincérité sur des sujets aussi sensibles que la sexualité et les MST/SIDA. Au delà de notre reconnaissance, nous espérons que ce travail sera utile aux communautés Haalpulaar de la Vallée du Sénégal.

A toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réussite de notre mission au Sénégal, « *un GRAND MERCI* ».

Ailleurs

Pour l'intérêt exprimé à l'égard de mon projet d'études en santé publique au Québec, je voudrais remercier les Docteurs Etienne Bois (Paris) et Bruno Bouchet (Bethesda) et leur témoigner ici ma reconnaissance et mon amitié.

Avant-propos

Contexte de la recherche: Cette étude s'inscrit dans une recherche/action plus vaste, *Mobilité et MST/SIDA au Sénégal*¹, développée conjointement par l'Université de Montréal-Département de Démographie, le Programme Régional de Formation de Formateurs en Management de la Santé Reproductive (Dakar, Sénégal), l'Institut des Sciences de l'Environnement de l'Université Cheikh Anta Diop (Dakar), le Programme National de Lutte contre le sida (PNLS, Sénégal), et l'Institut de Recherches pour le Développement (IRD, ex-ORSTOM). L'objectif général du projet² *Mobilité et MST/SIDA au Sénégal* est de mieux comprendre les perceptions, attitudes et comportements des populations en matière de MST/SIDA, de documenter les liens entre la mobilité et l'infection au VIH/SIDA, de fournir des informations sur la prévalence et les déterminants des comportements sexuels à risque dans quatre sites de la vallée du fleuve Sénégal, et d'identifier des stratégies d'intervention.

¹ Financement: Centre de recherches pour le développement international (CRDI).

² source: Piché (1998), et Equipe de coordination du projet *Mobilité et MST/SIDA au Sénégal* (1999).

Introduction

Alors que dans les pays industrialisés, le sida est devenu une maladie chronique grâce aux progrès enregistrés dans le domaine des thérapies antirétrovirales, l'écart continue de se creuser avec les pays en développement. L'Afrique subsaharienne à elle seule compte plus des deux tiers des personnes infectées par le VIH, et parce que son impact se fait sentir dans tous les secteurs de la société, le sida y est devenu un enjeu de développement. Dans ces régions, le sida met à l'épreuve des familles et des communautés déjà affectées par de nombreux problèmes sanitaires, politiques, sécuritaires, économiques, et environnementaux. L'arrivée puis l'expansion du sida viennent bousculer les acquis de ces 30 dernières années en matière de développement sanitaire et économique. Dans ces pays étouffés par les effets dévastateurs des crises et des politiques d'ajustement structurel, avec des budgets de santé déjà très sollicités par les affections endémiques (paludisme, rougeole, malnutrition et tuberculose), il est difficile de faire face à la propagation de l'épidémie de VIH/SIDA d'autant que l'accès au traitement approprié s'avère encore hors de portée pour la majorité des patients des pays en développement qui se retrouvent, à quelques exceptions près, privés de ces molécules essentielles.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, les pays qui ont des taux d'émigration et d'immigration élevés ont tendance à être fortement touchés par l'infection au VIH. Mais le Sénégal, qui présente des phénomènes d'urbanisation rapide et une grande mobilité humaine reste peu affecté par l'épidémie, et constitue de fait une exception (Auerbach et Coates, 2000; ONUSIDA, 2000). Depuis le début de l'épidémie de VIH/SIDA, le Sénégal a pu maintenir des taux d'infection relativement bas en regard de ses voisins de la sous région, et à la fin de 1999 la proportion de personnes vivant avec le VIH/SIDA a été estimée à 1,8% (*US Census Bureau*, 2001). Les pratiques sexuelles à moindre risque ont été encouragées très tôt, de façon régulière et bien organisée, en recherchant notamment le soutien des groupes religieux et communautaires. Plusieurs publications ont fait état de "l'exception sénégalaise" et mis en avant les efforts déployés au plus haut niveau pour apporter une réponse globale à l'épidémie (Meda *et al.*, 1999; ONUSIDA, 2000; Niang *et al.*, 2001). Néanmoins, ces taux relativement faibles ne doivent pas masquer des disparités régionales d'autant que plusieurs facteurs susceptibles de favoriser une extension de l'épidémie sont bien présents au Sénégal. Le pays est confronté à de graves problèmes économiques et sa population a été encore appauvrie par la dévaluation du Franc CFA en 1994.

En Afrique subsaharienne, quand la mobilité n'est pas liée à des activités traditionnelles d'agriculture ou d'élevage, **se déplacer est souvent synonyme de survie** face aux diverses contraintes auxquelles doivent faire face de nombreux groupes de population. On se déplace

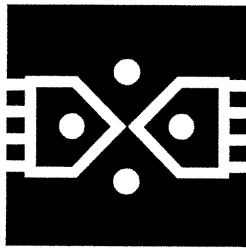
pour fuir les aléas climatiques des régions sahéliennes, l'instabilité politique et les conflits, les conditions de vie précaires notamment en milieu rural avec l'absence de perspective d'emploi (Adepoju, 1995). Dans le contexte de la migration interne vers les centres urbains, ces personnes, le plus souvent des hommes partis seuls du village, vont être confrontés à de nouvelles formes de vulnérabilité liées à l'isolement social qui en résulte, à la modification de leurs comportements sexuels et de leurs réseaux sociaux et sexuels.

A la lumière de plusieurs travaux menés en Afrique subsaharienne, le lien entre migration et diffusion du VIH a été établi, notamment parmi les migrants se déplaçant le long des grands axes routiers, comme les camionneurs et les prostituées (Anarfi, 1993; Lalou et Piché, 1994). Bien qu'insuffisamment documentée, la migration a été identifiée comme un facteur favorisant l'adoption de comportements sexuels à risque, eux-mêmes susceptibles d'augmenter l'exposition au risque d'infection au VIH.

Le travail présenté ici rend compte d'une étude qualitative menée en 1999 à Richard-Toll, dans la vallée du fleuve Sénégal, visant à analyser les comportements sexuels, perceptions et modes d'adaptation face au risque d'infection au VIH/SIDA chez les migrants de travail d'origine Haalpulaar¹ afin d'apporter une meilleure compréhension du phénomène et aider à l'identification de stratégies d'intervention adaptées au contexte. ■

¹ Un des groupes ethniques du Sénégal, présent principalement dans la vallée du fleuve Sénégal.

1. Définition du problème de recherche



*« Quand je pense au malheur,
répondit Rouge, fils d'Abdou,
je pense au vent qui sème la
mort au milieu de mon
troupeau, à la lance acérée de
la peste qui perce mon bien et
éteint le rire de mes enfants.
Je pense aux paroles
mauvaises qui m'attirent le
mal du monde. Je pense à
l'exil et à l'odeur nauséabonde
de la ville ».*

Angélo-Maliki Bonfiglioli (1994)

1.1. Formulation du problème de recherche

Au nord du pays, la vallée du fleuve Sénégal a toujours été une zone de forte mobilité pour les populations rurales, mobilité qui s'est accrue dans la région du delta du fleuve avec le développement de projets hydro-agricoles rizicoles et l'implantation d'un important complexe agro-industriel à Richard-Toll dans les années 70. La ville de Richard-Toll constitue une zone très attractive pour les populations de la Vallée, des autres régions du pays et même de la Mauritanie. Ces flux migratoires impliquent bien souvent des hommes se déplaçant seuls, quittant leur village à la recherche d'un emploi en milieu urbain. Au delà de son aspect attractif pour les migrants sédentaires et saisonniers qui visent un emploi sur place, principalement à la compagnie sucrière ou dans le vaste secteur informel, la ville constitue une halte obligée pour beaucoup d'itinérants du commerce ou du transport de personnes ou de marchandises. Il en découle de multiples possibilités d'interactions sociales entre migrants de travail, personnes mobiles et populations sédentaires, qui pourront aboutir à des échanges sexuels non rétribués ou moyennant échange d'argent. Les migrants de travail, célibataires ou non accompagnés de leur(s) épouse(s), seront amenés à modifier leurs comportements sexuels, avoir plus souvent recours au sexe commercial, et de fait s'exposer davantage au risque d'infection par le VIH.

La situation réelle de l'épidémie dans la région de Richard-Toll est mal connue, on ne dispose que d'informations parcellaires² et les données de séroprévalence actualisées manquent mais les professionnels de santé s'accordent pour dire que la région est une zone de forte prévalence de MST, co-facteur reconnu de la transmission du VIH (Brabin *et al.*, 1994; Decosas, 1996; ONUSIDA, 1998). A la lumière de plusieurs travaux, il a été établi que les migrants constituaient un groupe particulièrement exposé au risque d'infection, pouvant également participer à la diffusion du virus dans la population. Une étude menée en milieu rural dans le district de Matam (sur le fleuve, en amont de Richard-Toll) indique une prévalence du VIH plus élevée parmi les migrants de retour et leurs conjointes que chez les non migrants (Kane *et al.*, 1993).

Parallèlement, les phénomènes d'urbanisation rapide et anarchique qui s'opèrent à Richard-Toll, le développement du secteur informel et du marché sexuel avec des activités de prostitution visibles et plus discrètes participent à la mise en place de conditions propices à la

² Aspect développé dans le chapitre *Contexte de l'étude*.

multiplication des échanges sexuels et à une plus grande exposition au risque de VIH/SIDA pour les travailleurs migrants arrivés seuls en ville.

1.2. Hypothèse de recherche

En quittant le milieu familial et l'espace villageois pour s'installer de façon temporaire ou définitive en ville, les migrants de travail vont devoir faire face à de nouveaux défis et plusieurs types de contraintes en rapport avec la modification rapide de leur cadre de vie et de leur réseau social, autant d'éléments qui pourront placer ces hommes en situation de vulnérabilité en regard du risque d'infection au VIH. Parallèlement, l'acquisition de revenus monétaires dans un contexte d'isolement social relatif va leur permettre de diversifier leur accès au marché sexuel et multiplier le nombre de partenaires.

1.3. Question de recherche et objectifs

« Comment l'individu, tout au long de sa trajectoire migratoire et de ses expériences sociales et sexuelles, va-t-il se comporter face au risque de sida, percevoir ou non le risque d'infection par le VIH et le gérer du mieux possible dans le nouvel environnement qui le caractérise? »

De cette question, découle l'objectif général de ce travail, qui est de mieux comprendre les comportements sexuels des migrants de travail face au risque d'infection au VIH/SIDA, les perceptions de ce risque, et les éventuelles stratégies d'adaptation au risque qu'ils mettent en œuvre. L'étude vise également à apporter un éclairage sur les situations à risque dans lesquelles se placent les travailleurs migrants en essayant de dégager les logiques individuelles et sociales qui les sous-tendent.

Vu le grand polymorphisme qui caractérise les phénomènes migratoires dans la vallée du Sénégal, nous avons délimité notre sujet de recherche à un aspect de la **migration de travail masculine**, et dans cette recherche, seule la **migration interne du milieu rural vers la ville** a été prise en considération. Notre recherche qualitative s'est intéressé tout particulièrement à la ville de Richard-Toll dans le delta du fleuve Sénégal où une forte migration interne et saisonnière prédomine.

L'analyse du matériel recueilli devrait permettre d'aider à la compréhension du problème à l'étude, et de dégager des propositions utiles pour la recherche/action et l'intervention en matière de lutte contre le sida.

1.4. Principales sous questions de recherche

- ⊗ Le comportement sexuel des migrants est-il différent en ville, et si oui, quels sont les processus de rencontre et de négociation sexuelle (scénarios) mis en place par les migrants en milieu d'accueil?
- ⊗ Comment l'arrivée dans un nouveau contexte (milieu urbain) va t-elle interférer sur les perceptions du risque d'infection au VIH?
- ⊗ Quel type de construction du risque s'opère tout au long de cette expérience migratoire?
- ⊗ En quoi, l'expérience antérieure pré migratoire au village va-t-elle influencer l'intégration sociale et le vécu sexuel actuel en milieu urbain?
- ⊗ Quels sont les modes de réponses au risque de sida mis en jeu par les migrants?
- ⊗ Quels types de liens sont entretenus avec le milieu d'origine, et quelle influence ont-ils sur les comportements sexuels des migrants et leur perception du risque?
- ⊗ Quels sont les déterminants et les situations qui rendent les migrants plus vulnérables au VIH/SIDA?
- ⊗ Quel rôle le contexte social, culturel et économique joue-t-il dans la vulnérabilité au VIH/SIDA et la prise de risque par les travailleurs migrants?

Ces différentes sous questions, issues de notre réflexion sur les dimensions pertinentes à explorer, mais aussi découlant de nos lectures, de nos rencontres durant la phase préparatoire de la recherche, et de nos interrogations face à la problématique abordée ont servi à poser les "éléments de repères conceptuels préliminaires" permettant de guider la suite de notre travail.

1.5. Pertinence de l'étude

1.5.1. Pertinence générale

La question "*Mobilité et VIH/SIDA*" fait partie des priorités de recherche pour l'Afrique subsaharienne. Les personnes qui quittent leur milieu de vie pour chercher un emploi ou pour des motifs liés à leur sécurité individuelle sont particulièrement exposées à l'infection au VIH/SIDA. Dans un rapport récent, l'ONUSIDA (1998) évoque le manque d'information, pour de nombreux pays, sur les comportements sexuels et les réseaux sexuels qui déterminent la diffusion de l'infection dans la population.

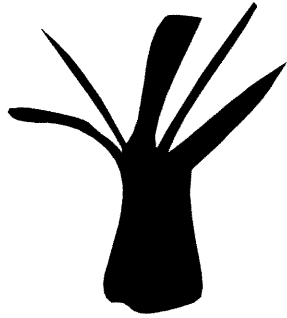
« Les situations sociales, économiques et culturelles qui créent ce genre de vulnérabilité à l'infection à VIH n'ont pas été suffisamment étudiées ni expliquées (...) et dans de nombreux pays il n'y a pratiquement aucune information sur les comportements fondamentaux relatifs au sexe ou à la consommation de drogues, ni sur les modèles de réseaux sexuels qui déterminent la diffusion du virus à travers une population » (ONUSIDA, 1998).

Par ailleurs, la revue de la littérature révèle qu'il existe peu de travaux de recherche qualitative en Afrique subsaharienne visant à décrire et mieux comprendre les comportements sexuels à risque des migrants de travail dans le contexte de la migration interne.

1.5.2. Pertinence locale

Cette étude devrait permettre de (1) fournir des éléments de compréhension complémentaires à l'approche quantitative sur les déterminants des comportements à risque; (2) suggérer de nouvelles questions de recherche ou des regroupements de thèmes utiles pour proposer de nouveaux construits; et (3) dans une perspective plus globale de recherche-action, les résultats de ce travail pourraient aider à adapter et affiner les stratégies de promotion de comportements protecteurs dans la région cible. Au delà des professionnels de santé et des ONG oeuvrant dans la lutte contre le VIH/SIDA, et selon l'utilisation et l'appropriation des résultats au niveau local, les retombées de cette étude pourraient bénéficier aux communautés visées par ce travail. ■

2. Contexte de l'étude



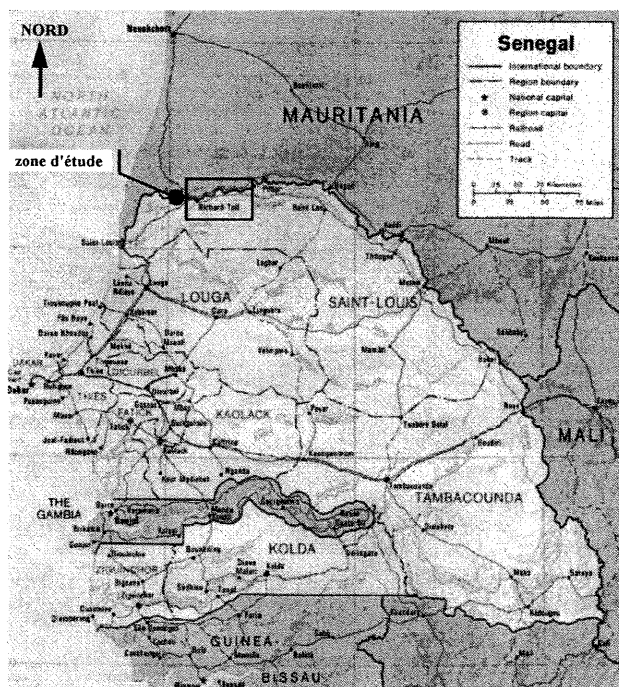
*« Je m'isolerai dans la haute brousse
qui longe la rive du grand fleuve.
Là, la lumière respire et ses rayons
illuminent tout l'espace ».*

Amadou Hampâté Bâ (1998)

Cette présentation détaillée du contexte vise à fournir des éléments utiles à la compréhension du phénomène étudié, *Migration interne et VIH/SIDA en milieu Haalpulaar*, en le replaçant dans un cadre écologique plus large. Ces données sont issues de nos lectures préparatoires et de l'analyse du milieu³ que nous avons effectué sur le terrain.

2.1. Sénégal, quelques repères

Figure 1: Carte du Sénégal



source: The University of Texas at Austin (www.lib.utexas.edu/maps)

Pays d'Afrique de l'Ouest, indépendant de la France depuis 1960, le Sénégal couvre une superficie de 196 722 km². Situé sur le littoral atlantique, il partage ses frontières avec la Mauritanie au Nord, le Mali à l'Est, la Guinée au Sud-Est, la Guinée-Bissau au Sud et la Gambie⁴. Le pays est divisé en dix régions administratives dont Dakar, la capitale, Diourbel, Fatick, Kaolack, Kolda, Louga, Saint-Louis (concernée par notre étude), Tambacounda, Thies, et Ziguinchor. La langue officielle est le français et les langues vernaculaires les plus utilisées sont le wolof, le pulaar, le diola et le mandingue.

Le climat du Sénégal est de type tropical, chaud et humide avec une saison des pluies de mai à novembre, et une saison sèche de décembre à avril, dominée par un régime de vents secs et chauds (Harmattan). Le climat est caractérisé par une répartition inégale des précipitations selon les régions géographiques concernées.

Véritable mosaïque d'ethnies, de langues et de cultures, le Sénégal compte une vingtaine de groupes humains parmi lesquels:

³ cf. chapitre *Choix méthodologiques* (page 42)

⁴ La Gambie, ancien territoire britannique, aujourd'hui république indépendante dessine une enclave de 300 km de long sur 20 km de large à l'intérieur du Sénégal.

- les **Wolof** (43%) répartis principalement dans le centre du pays et dans les grandes villes, et les **Lebu**, peuple de pêcheurs apparentés aux Wolof, établis dans la presqu'île du Cap-Vert et sur la Petite Côte;
- le groupe des **Haalpulaar** (24%) constitué de tous les sénégalais dont la langue maternelle est le Pulaar, à savoir, les **Toucouleur**, riverains du fleuve Sénégal, et les **Peul** majoritaires dans le Sénégal oriental, et présents également dans la vallée du Sénégal;
- les **Séer** (15%) occupent la région de Thiès et le Sine Saloum;
- les **Diola** (5%) en Basse-Casamance;
- et de petites communautés comme les **Mandingues** ou Malinké (4%) dont les Bambara, et les **Soninke** ou Sarakole près de la frontière du Mali (Diouf, 1994).

2.1.1. Population

Lors du dernier recensement général de 1999 (RGPH), la population du Sénégal a été estimée à 9 278 618 habitants, soit une densité moyenne d'environ 47 habitants/km² (Sow *et al.*, 2000). La population du Sénégal est très jeune avec 45% du total représentés par les moins de 15 ans (PNUD, 2001). L'accroissement de la population s'explique principalement par le maintien d'une fécondité élevée et par la baisse de la mortalité, laquelle a été favorisée par l'amélioration des infrastructures sanitaires et le développement de programmes de santé.

Avec 46,7% de la population répartie dans les villes et un taux d'urbanisation qui s'est accrue durant les dernières décennies pour avoisiner 50%, le Sénégal est un des pays d'Afrique subsaharienne qui enregistre la plus forte croissance urbaine (Cormier *et al.*, 2000; PNUD 2001). Avec l'aggravation de la situation économique, l'exode rural s'est poursuivi entraînant un élargissement des banlieues de Dakar et des capitales régionales et générant des déséquilibres inter-régionaux. Dakar et son agglomération⁵ concentrent près du quart de la population sénégalaise sur seulement 0,3 % du territoire (Sow *et al.*, 2000).

2.1.2. Religion et Islam au Sénégal

La population sénégalaise est de confession musulmane à plus de 90%, et compte environ 4% de chrétiens, pour la plupart Diola et Séer, ainsi que 2% d'animistes répartis principalement dans le sud du pays. Au Sénégal, l'Islam est de type sunnite, modéré et confrérique, et constitue un véritable "dénominateur commun, source de cohésion sociale et d'intégration" (Diouf, 1994). Les principales confréries maraboutiques sont les Mourides, les Tidjanes, les

⁵ Dakar, Pikine, et Rufisque.

Layènes et les Khadres. Ces groupes constituent des centres de pouvoir puissants tant sur le plan religieux, qu'économique et politique. A côté des pratiques du culte (prières, jeûne, pèlerinages), l'Islam pour le musulman c'est aussi l'adhésion à un code de conduite sociale qui réunit un ensemble d'obligations, recommandations et interdictions relatives à la vie quotidienne, et ce de la naissance à la mort. Ces règles et prescriptions concernent entre autre les interdits et normes alimentaires et le statut personnel (mariage, divorce, succession).

2.1.3. Regard sur l'économie

Exemplarité en matière de libertés démocratiques et de multipartisme, premier pays africain à mettre en place une politique d'ajustement structurel en 1984, le Sénégal doit faire face à des contraintes économiques persistantes. En dépit de la performance de certains secteurs comme la pêche et le tourisme, on assiste à une dégradation de l'agriculture de rente (arachide, coton et riz) et à une fragilité économique qui a induit une montée de la pauvreté. La dévaluation du Franc CFA⁶ en 1994 est venue aggraver les conditions de vie des populations avec une baisse du pouvoir d'achat de 50% et un accroissement du taux de chômage. Et malgré des indicateurs macroéconomiques apparemment satisfaisants⁷, « deux habitants sur trois seraient touchés par la pauvreté⁸ » et le secteur informel pourrait concerner la moitié de la population (Seck, 1998). Avec en 1999 un revenu par habitant (PNB) de 510 US\$, le Sénégal fait partie des pays les plus pauvres du monde, et selon l'indicateur du développement humain⁹, il a été classé au 145^{ème} mondial sur 162 par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD, 2001, *World Bank*, 2001).

2.1.4. Système de santé et contexte sanitaire

Au Sénégal, la politique de santé repose sur la stratégie des soins de santé primaires et le système de santé s'organise selon une pyramide à trois niveaux, où la base est constituée d'un réseau de postes de santé et de structures communautaires (maternités et cases de santé) supervisés par un district sanitaire. Le niveau intermédiaire correspond à la région médicale, structure de coordination au niveau régional, et au sommet, le niveau central est constitué du cabinet du ministre et des principales directions et services concernés. En dehors des contributions des

① Une sélection d'indicateurs socio-démographiques, économiques et sanitaires est présentée en Annexe 1.

⁶ Depuis la dévaluation de 1994, 100 francs CFA équivalent à 1 franc français (environ 0,15 euros)

⁷ Le taux de croissance du PNB/habitant pour la période 1998-1999 est de 5% par an (Banque Mondiale, 2001).

⁸ Selon le PNUD, le seuil de pauvreté a été défini comme le revenu nécessaire à l'acquisition de l'équivalent de 2400 kg calories par jour et par personne.

⁹ L'IDH mesure le niveau atteint par un pays en termes d'espérance de vie, d'instruction et de revenu réel corrigé (PNUD, 2001)

différents organismes de coopération, ONG et secteur privé, l'état sénégalais consacre en moyenne 2,6% de son PNB aux dépenses publiques de santé (PNUD, 2001).

Le Sénégal compte 50 districts sanitaires, 809 postes de santé, 53 centres de santé, et 17 hôpitaux¹⁰. Bien que des progrès notables aient été réalisés en matière de santé durant les deux dernières décennies, avec notamment une baisse de la mortalité infantile de 164 en 1970 à 68/1 000 naissances vivantes en 1999 et un accroissement de l'espérance de vie à la naissance de 41,8 (période 1970-75) à 52,9 années (période 1995-2000), le Sénégal présente plusieurs indicateurs de santé défavorables comme le taux de mortalité maternelle estimé à 560/100 000 naissances vivantes en 1999 (cf. Annexe 1) (Sow *et al.*, 2000; PNUD, 2001). En regard des normes préconisées par l'OMS, l'infrastructure sanitaire est encore insuffisante avec un déficit de couverture en personnel et une inégale répartition des ressources sanitaires sur le territoire (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 1: Personnels et infrastructures de santé au Sénégal

	Données ESIS-Sénégal 1999	Normes OMS
Personnels de santé	1 médecin/17 000 hab.	1 médecin/5 à 10 000 hab.
	1 infirmier/8 700 hab.	1 infirmier/3 000
	1 sage-femme/4 600 FAR	1 sage-femme/3 000
Infrastructures sanitaires	1 poste de santé/11 500 hab.	1 poste de santé/10 000 hab.
	1 centre de santé/175 000 hab.	1 centre de santé/50 000 hab.
	1 hôpital/545 800 hab.	1 hôpital/150 000 hab.

source: Sow *et al.* (2000)

Depuis 1997, le Sénégal s'est engagé dans un processus de décentralisation avec une réforme visant un transfert de compétences et de ressources aux collectivités locales afin de permettre, entre autre, une plus grande implication des populations, des communes et des communautés rurales dans la définition et la mise en œuvre de programmes de santé.

2.2. Vallée du fleuve Sénégal, région cible de l'étude

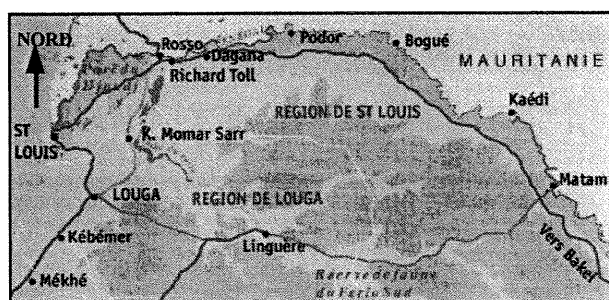
Au Nord du pays, la vallée du Sénégal forme un arc de cercle de 600 km entre Bakel, près de la frontière du Mali, et Saint-Louis dans le delta du fleuve. Région soumise à la sécheresse sahélienne, la Vallée est traditionnellement une zone de forte mobilité. Les déplacements humains sont rythmés par les saisons agricoles, mais on s'y déplace également pour des raisons scolaires, pour des activités entourant le petit commerce, la recherche d'emploi vers les

¹⁰ source: Sow *et al.* (2000), données ESIS-Sénégal de 1999.

centres urbains, ou lors de fêtes religieuses¹¹.

L'architecture de la vallée se dessine selon deux zones distinctes: le *walo*, plaine alluviale avec les terres rendues fertiles par les crues annuelles, et le *diéri (jeeri)*, espace sahélien en bordure du fleuve, formé de l'ensemble des terres non inondables. L'hivernage (saison des pluies) a lieu de juin à novembre, et la décrue s'opère de novembre à mars. Parallèlement à cette classification existe un découpage de nature géographique et historique de la vallée en deux régions, le delta du fleuve, anciennement royaume du *Walo*, qui s'étend de Saint-Louis à Dagana, et la moyenne vallée ou Fouta, anciennement *Fouta Toro*, située en amont de Dagana jusqu'à Bakel.

Figure 2: Carte de la vallée du Sénégal



source: www.sae.sn/fr/sen_sahel.htm

Tout le long de la vallée coexistent des villages de paysans agro-pasteurs, de pêcheurs et des campements d'éleveurs nomades. Si le delta du fleuve est principalement Wolof, en amont de Dagana et jusqu'à Bakel, les Toucouleur occupent la plaine alluviale avec les Peul sédentarisés, alors que les pasteurs Peul nomades se déplacent entre le *diéri*, en saison des pluies, et le *walo*, en saison sèche, pour faire transhumier leur bétail.

2.2.1. Rappel historique utile à la compréhension du présent

La région du fleuve a joué un rôle déterminant dans l'histoire du peuplement et de l'islamisation du Sénégal. Le berceau des populations ouest africaines et particulièrement poularophones¹² se situerait dans la vallée du Nil, dans la région des Grands Lacs. Ces populations ont réalisé une série de migrations étalées sur plusieurs siècles les amenant dans le Sud Mauritanien puis dans le Fouta sénégalais (Lam, 1993). Islamisés très tôt, à la suite de la prédication des Almoravides¹³ vers le Xe siècle, les Toucouleur s'installent dans le Fouta Toro où ils fonderont un puissant empire (*Tekroul*). Au XIXe siècle, El Hadj Oumar Tall, chef

¹¹ Parmi les principales fêtes religieuses islamiques: le **Gamou** ou Mouldé célébrant la naissance du prophète Mahomet, le **début du Ramadan** ou jeûne, le **Korité** ou Aïd Al Fitr, pour la fin du jeûne, la **Tabaski** ou Aïd El Kébir, fête du mouton célébrant le sacrifice d'Abraham, et le **Magal de Touba**, en commémoration du retour d'exil du fondateur de la confrérie des Mourides.

¹² Qui parle le Pulaar ou Poular

¹³ Dynastie berbère musulmane convertie à l'islam sunnite à la fin du IXe siècle.

Toucouleur devenu khalife et fondateur de la confrérie Tidjane, sera un ardent propagandiste de l'Islam au Sénégal et au Mali.

D'autres, évènements historiques ont marqué la Vallée, comme la traite de la gomme dès le XVe siècle, puis le trafic d'esclaves, et la colonisation française... Plus récemment, les premiers essais peu concluants d'aménagements hydro-agricoles dans les années 1950, les difficultés persistantes, et surtout la grave crise climatique des années 70 avec le lourd tribut payé par les populations riveraines et les destructions de cheptel ont entraîné d'importants mouvements migratoires vers les centres urbains et vers l'étranger (Afrique de l'Ouest et du Centre, Europe, Etats-Unis). De profondes transformations des systèmes agropastoraux ont suivi. Le recentrage vers les activités de cultures irriguées ainsi que la construction de trois barrages¹⁴ ont accéléré l'aménagement de la vallée et ont permis de passer d'une agriculture "à risque" dépendante de la décrue et des premières pluies à une agriculture plus "sécurisée" avec l'aménagement de périmètres irrigués.

2.2.2. Population à l'étude: les Haalpulaar

Les Haalpulaar ou *Haalpulaaren*, "ceux qui parlent la langue Pulaar", se répartissent en deux groupes de parents proches: les Peul et les Toucouleur. Les composantes originelles du peuplement sénégalais découlent de multiples brassages: les Peul descendraient de groupes sahariens noirs métissés de Berbères, et les Toucouleur seraient issus de métissages entre Serer, Lebu et Peul (Diouf, 1994). Ethnies relativement proches sur le plan de l'organisation sociale (groupes lignagers), les distinctions se fondent principalement sur les activités qu'ils pratiquent et sur leur rapport à l'espace.

Les **Peul** ou *fulbe* sont à l'origine des éleveurs nomades qui ne s'identifient pas à un milieu donné. Les Peul sont disséminés sur une aire immense qui s'étend du Sénégal jusqu'au Tchad, et sont présents en groupes plus ou moins importants dans une quinzaine d'États africains. Hors de la vallée¹⁵, on retrouve des Peul dans le Sénégal oriental, le Dyolof et en Haute-Casamance. Au delà de la langue (*pullo*, *fulfulde*), de la religion musulmane et de l'élevage de zébu, souvent évoqués comme

« Dans le département de Podor, deux ans après ils pourront se trouver dans le district de Matam, pour enfin cinq ans plus tard séjourner au Mali. »
S., agent technique de l'agriculture à Richard-Toll et alphabétiseur en langue Pulaar.

¹⁴ Dans le delta du fleuve, le barrage de *Maka-Diama* (1987), situé à 30 km de Saint-Louis, bloque la remontée des eaux marines. Au Mali, le grand barrage de *Manantali* forme un immense réservoir, et sur l'oued Gorgol, en Mauritanie, le barrage de *Foum-Gleita* a une fonction de réservoir (Cormier *et al.*, 2000).

¹⁵ Le terme *la vallée* sera utilisé dans ce travail pour évoquer *la vallée du Sénégal*.

critères communs pour les définir, les Peul se reconnaissent à travers un code moral et social, le *pulaaku*, où certaines valeurs et qualités comme la réserve, la maîtrise de soi, le courage et l'intelligence sont encouragées (Tamisier, 1998). Les éleveurs Peul vont là où ils sont susceptibles de trouver du fourrage pour leur bétail, et se déplacent en fonction des conditions pluviométriques. À côté des Peul éleveurs nomades, on retrouve des agro-pasteurs semi-nomades et des Peuls sédentarisés. Pour faire face aux difficultés persistantes, beaucoup ont diversifié leurs activités en y adjoignant l'agriculture, l'artisanat et le petit commerce, et se sont semi-sédentarisés dans la vallée. Si certains expriment encore des réticences à se fixer et poursuivent le nomadisme en habitant des campements sommaires, la tendance observée est au déclin de l'agro-pastoralisme, et beaucoup se sont sédentarisés en parallèle des aménagements hydro-agricoles dont a bénéficié la vallée du Sénégal au cours des dernières décennies (Santoir, 1994).

Les **Toucouleur**¹⁶ occupent principalement la Moyenne vallée du Sénégal, de Dagana à Bakel, et se livrent, comme leurs cousins Peul à des activités agro-pastorales mais sur un mode sédentaire. Traditionnellement, dans la vallée on cultive le mil, le coton et le riz. L'organisation sociale repose également sur le lignage (*lenyol*), groupe de parenté le plus large et subdivisé en familles étendues (*galle*). Pour les Haalpulaar, l'Islam est lié à la confrérie de *La Tidjania* qui prône un islam classique et mystique. On est Tidjane de façon naturelle, par transmission passive parentale, ou par le biais du marabout (transmission active) qui enseigne et autorise la pratique islamique.

La société Haalpulaar, comme chez les Wolof et les Mandingues, est fortement hiérarchisée et repose sur l'existence de différentes classes. On y retrouve les esclaves et captifs, puis les artisans et les gens de caste, les libres non castés (paysans pour la plupart) et enfin les nobles. Ces formes de différenciation sociale réalisent une véritable classification fonctionnelle sur la base de critères comme la hiérarchisation, la division du travail, et l'hérédité (Wane, 1969; Diouf, 1994).

Les Toucouleurs restent très attachés aux valeurs traditionnelles, et les pratiques comme l'excision et la circoncision sont encore tenaces dans le Sénégal d'aujourd'hui. Chez les Haalpulaar, de même que chez les Wolof et les Serer, des pratiques matrimoniales

¹⁶ Le nom viendrait de la déformation de Tekrou (Tekrur, mot d'origine arabe désignant toute implantation de Noirs) nom d'un ancien royaume établi dans le Nord-Sénégal, dans l'actuel Fouta Toro, et dont le chef El Hadj Oumar Tall (1797-1864) fut l'un des grands propagateurs de l'Islam au Sénégal et au Mali.

traditionnelles sont encore en vigueur comme le lévirat (reprise de l'épouse du mari décédé par l'un de ses frères, avec une priorité accordée au plus jeune frère) et le sororat (image en négatif du lévirat où la femme décédée est remplacée par la sœur cadette). Ces pratiques permettent de garantir une cohésion familiale après un événement dramatique, ainsi que l'éducation des enfants, la transmission des biens familiaux, et le maintien d'alliances stratégiques matrimoniales entre deux familles (Sow *et al.*, 1996). Mais dans le contexte de l'épidémie à VIH, cette réalité socioculturelle vient complexifier la gestion du sida, et soulève plusieurs questions essentielles: « *Comment, par exemple dans le cas du lévirat, protéger la santé du frère du défunt et garder le secret médical?* ».

Traditionnellement, le contrôle social de la sexualité attache une grande valeur au maintien de la virginité des jeunes femmes avant le mariage, à l'évitement des grossesses hors mariage et à l'absence de relations sexuelles extraconjugales. Cependant avec les changements sociaux qui s'opèrent dans la vallée, liés en partie aux modifications des modes de vie, à l'émigration et à l'urbanisation rapide, beaucoup de traditions sont en train de perdre de leur vigueur, et on assiste à une érosion du contrôle social exercé par le lignage, notamment en matière de normes matrimoniales et de sexualité.

L'univers médical Haalpulaar s'organise plus autour d'un système étiologique visant l'étude des causes pour « *donner un sens au malheur et à la maladie* » que d'une classification nosologique fondée sur l'analyse des symptômes. Face à la maladie, plusieurs systèmes de recours et d'interprétation vont se juxtaposer à côté du domaine biomédical. Si les marabouts privilégient le recours à l'écriture (Coran), les guérisseurs (contre-sorciers) qui appartiennent à un univers préislamique et païen restent très attachés à la parole (Mbodj, 1996; Kadya Tall, 1998).

2.2.3. Site de l'étude: ville de Richard-Toll

Commune créée en 1980 à partir du regroupement de sept villages devenus quartiers, Richard-Toll¹⁷ est située sur la rive gauche du fleuve Sénégal, à 105 km de Saint-Louis dans le Département de Dagana, sur un important axe routier qui dessert Podor, Matam, Bakel, Tambacounda, et permet une connexion avec le Mali. Le climat est de type sub-aride avec une

¹⁷ L'origine du nom *Richard-Toll* vient de celui d'un horticulteur français, *M. Richard*, qui fonda vers 1830 une exploitation agricole irriguée, et du mot *toll* qui signifie jardin en wolof.

moyenne pluviométrique faible d'environ 300 à 500 mm/an et dominé par des vents chauds et secs (Harmattan) presque tout le long de l'année.

Véritable **pôle d'attraction régionale**, Richard-Toll est le siège d'importants flux migratoires de nature diverse, impliquant des populations originaires des villages de la vallée mais aussi d'autres régions du Sénégal (Dakar, Casamance...) et de Mauritanie. Richard-Toll est une région complexe où s'exercent de multiples influences liées en grande partie à sa situation frontalière, à son statut d'important centre agro-industriel (rizicole et sucrier) et à l'expansion démographique rapide qu'elle a connue depuis l'implantation en 1970 de la Compagnie Sucrière Sénégalaise (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 2: Evolution démographique de Richard-Toll (1960-99)

année	n hab.	source
1960	1 100	Ministère de l'Intérieur du Sénégal, 1993
1976	13 036	Ministère de l'Intérieur du Sénégal, 1993
1988	29 611	Ministère de l'Intérieur du Sénégal, 1993
1996	50 877	District sanitaire de RT, 1996
1999	63 500	Commune de RT, 1999

La ville se caractérise par une grande diversité humaine et toutes les ethnies du Sénégal sont représentées, avec deux groupes qui se démarquent, les Wolof, environ 50% de la population, et les

Haalpulaar près de 40%. La population de Richard-Toll a doublé en dix ans pour atteindre 63 500 habitants¹⁸ en 1999. Cette même année, le taux d'accroissement annuel de la population a été estimé à 7%, un des plus élevés du pays, et la ville connaît un développement spatial plutôt longitudinal le long de l'axe routier vers la ville voisine de Dagana. A Richard-Toll, comme dans les villages du fleuve, l'habitat s'organise en concessions ou *galle* qui réunissent dans un même espace fermé, sous la tutelle de l'aîné, les foyers de ses collatéraux ou descendants. Regroupant auparavant la famille élargie, ces concessions ont de plus en plus tendance à se nucléariser en ne concernant qu'un seul foyer (Minvielle, 1985).

2.2.4. CSS et secteur informel: deux grands pourvoyeurs d'emploi

2.2.4.1. La Compagnie Sucrière Sénégalaise

Avec ses 5314 employés¹⁹ (2856 permanents et 2458 saisonniers), la CSS fait vivre plus de 30 000 personnes. Les permanents sont des ouvriers, manœuvres ou cadres d'origine principalement Wolof. Les emplois saisonniers (coupeurs et planteurs de canne²⁰, conducteurs d'engins) sont occupés habituellement par des travailleurs d'origine Haalpulaar et Diola de Casamance. La période de coupe de la canne, "la campagne", s'étale de novembre à juin, et

¹⁸ source: Pape Dieye, Commune de Richard-Toll, 1999.

¹⁹ source: Compagnie Sucrière Sénégalaise, service des Ressources Humaines (1999).

²⁰ La CSS et ses champs de canne occupent près de 8000 hectares de terres.

occasionne chaque année un afflux de travailleurs saisonniers arrivés seuls le plus souvent, d'autant qu'au village l'équation se pose en termes simples: "chômer ou migrer". Certains travailleurs migrants vont répéter ce scénario pendant plusieurs années, un de nos informateurs ayant débuté ce cycle de migrations saisonnières depuis 1987. Pour ce travail très physique, la compagnie sucrière cible des hommes assez jeunes.

Les migrants saisonniers s'installent préférentiellement dans les quartiers périphériques comme Khouma ou Thiabah, beaucoup moins coûteux pour se loger mais dans des conditions sommaires, souvent "une chambre/un lit". Le choix de quartiers éloignés du centre-ville relève également d'autres rationalités économiques car la compagnie octroie une prime de transport à ceux qui résident à plus de trois kilomètres de l'usine.

La journée d'un coupeur de canne (tiopé)

6h30: embauche et transport en camion benne vers les champs de canne (les chantiers)

7h00: arrivée dans les champs de canne, et début de la coupe à la main avec une machette. La tâche consiste à couper un sillon de 150 à 200 mètres de long. La canne est récupérée ensuite par un engin motorisé.

16h00: la "descente", fin de la journée de travail.

Travail 6 jours sur 7, avec un salaire moyen de 65 000F CFA. On dénombre environ une cinquantaine de travailleurs par chantier.

L'inter-campagne²¹ a lieu de juillet à octobre durant l'hivernage, et c'est le moment pour bon nombre de travailleurs saisonniers de rentrer au village aider aux travaux agricoles.

2.2.4.2. Le secteur informel

L'implantation de la CSS, en attirant la main-d'œuvre des villages voisins et du reste du Sénégal, a induit parallèlement le développement d'un vaste secteur informel. C'est "l'autre secteur", celui de l'économie parallèle non taxée, véritable mosaïque de petits boulots, où se côtoient petits commerçants, ateliers de menuiserie, de soudure ou de confection, vendeurs à la sauvette, cordonniers, charretiers pour le transport des personnes ou des marchandises, taxis *clandos*²², *tangana*²³, etc.

2.2.5. Analyse du marché sexuel à Richard-Toll

Richard-Toll cumule plusieurs identités, celle de **ville ouvrière** ayant connu une expansion rapide sans plan d'urbanisation bien défini, de **ville carrefour** avec l'effet attractif de la CSS et la proximité de la Mauritanie, et de **ville escale**, accessible en toute saison par une route

²¹ Période de cessation temporaire d'activité pour la coupe de la canne.

²² Pour clandestin.

²³ Littéralement, "c'est chaud". Petit commerce de rue (table à l'extérieur) où l'on peut prendre un petit-déjeuner ou un repas léger.

goudronnée, pour les transporteurs routiers et les itinérants du commerce. A Richard-Toll, les activités de prostitution vont prendre de multiples facettes, la prostitution officielle représentant seulement la face émergée de l'iceberg. Les transporteurs routiers qui font halte pour s'alimenter dans les gargotes ou dormir en ville avant de reprendre la route feront des avances aux serveuses ou aux clientes, et auront bien souvent recours à des femmes qui s'adonnent au commerce sexuel. De même, différentes formes d'interactions pourront s'opérer entre les personnes dont les itinéraires se croisent pour quelques heures ou quelques jours à Richard-Toll.

A ceci, viennent se surajouter les déplacements des travailleuses du sexe, officielles ou clandestines, qui sont attirées par le potentiel "humain et économique" de la CSS. Le développement d'une main-d'œuvre salariée a généré dans son sillage la naissance d'activités connexes comme la restauration, l'hébergement, et les activités relevant du commerce sexuel. Durant les périodes de paie²⁴, 350 à 400 millions de francs CFA transitent dans la ville²⁵. Cette augmentation de la masse monétaire qui circule à Richard-Toll entraîne un afflux de prostituées originaires d'autres régions du Sénégal ou de pays voisins. Beaucoup de travailleuses du sexe vont louer une chambre à l'année à Richard-Toll, mais ne viendront y séjourner qu'une ou deux fois par mois pour le "8 et le 22" et repartiront ensuite.

Il ne faudrait pas réduire le phénomène "prostitution" à ces deux dates mythiques du 8 et du 22, car à côté de cette prostitution cyclique et visible, cohabitent des activités de prostitution plus discrètes, clandestines et permanentes. De par sa nature, la prostitution clandestine est difficile à mesurer mais Richard-Toll réunit tous les ingrédients pour que le phénomène soit en recrudescence: une urbanisation rapide et anarchique, des mouvements migratoires impliquant bien souvent des hommes arrivés seuls, en acquisition de revenus importants (travailleurs de la CSS ou boutiquiers du secteur informel) face à des femmes en situation de précarité ou d'isolement. Par ailleurs, le contexte de Richard-Toll avec son secteur informel très développé offre des lieux de rencontre et de négociation très variés: des plus visibles (marchés, *tangana*, bars de rencontres) aux plus discrets (gargotes près du canal, chambres des prostituées clandestines, etc.).

²⁴ La CSS paie ses employés le 8 du mois et octroie une avance de salaire le 22 de chaque mois.

²⁵ M. Barry, Bureau des Ressources Humaines (CSS), 21/05/99.

2.2.6. Contexte sanitaire

Le district de Richard-Toll représente au niveau local, l'unité opérationnelle du système de santé. Il comporte un centre de santé médicalisé et un réseau de postes de santé satellites (3 pour la commune et 13 en milieu rural), un ensemble de structures privées (centre de santé de la CSS, deux cabinets médicaux en ville, un cabinet dentaire, des dispensaires privés d'ONG et quatre pharmacies) et un ensemble de structures communautaires (maternités rurales et cases de santé)²⁶. Cette situation fait de Richard-Toll, une des villes du Sénégal ayant le meilleur ratio médecin/population avec 1 médecin/6250 habitants (District de Richard-Toll, 1997). L'hôpital de Saint-Louis est la structure de référence pour les évacuations sanitaires et les interventions chirurgicales.

2.2.6.1. Situation du VIH/SIDA à Richard-Toll

2.2.6.1.1. « Peu de données épidémiologiques disponibles sur le VIH/SIDA »

A Richard-Toll, comme dans le reste de la vallée du Sénégal, on note une forte prédominance des maladies infectieuses et parasitaires. **MST/VIH/SIDA** font partie des priorités sanitaires avec le **paludisme**, endémique dans la vallée du Sénégal, la **bilharziose** dont Richard-Toll est l'épicentre, avec des prévalences élevées²⁷ atteignant 60 à 90% dans certains quartiers ou villages environnants, les **infections respiratoires aiguës**, et les **maladies diarrhéiques**.

L'insuffisance en données épidémiologiques sur le VIH/SIDA a été régulièrement soulevée lors de nos entretiens avec les professionnels de santé.

Une étude séro-épidémiologique²⁸ menée en 1996 par l'équipe du district sanitaire de Richard-Toll (cf. Tableau 3) a révélé une séroprévalence du VIH à **20,5%**

Tableau 3: Etude de séroprévalence du VIH à Richard-Toll (1996)

groupe étudié	effectif	N séropositif	%
Femmes enceintes	99	0	0
Prostituées officielles	39	8	20,5
Patients tuberculeux	18	2	11,1

source: District de Richard-Toll, 1996.

(8/39) parmi les prostituées officielles suivies au centre des MST, **11,1%** (2/18) chez les patients tuberculeux suivis et **0%** chez les femmes enceintes.

²⁶ En 1999, année de notre étude.

²⁷ District sanitaire de Richard-Toll et données du Programme *ESPOIR* (1999)

²⁸ source : Dr M. Diop, médecin-chef du district de Richard-Toll (1999).

Par ailleurs, la consultation des registres du centre de MST²⁹ du District révèle qu'en 1999, parmi les 37 prostituées officielles, actives et suivies au centre, neuf sont séropositives.

A cette analyse de la situation, on peut ajouter que, de 1988 à avril 1999, 5 cas de sida ont été recensés³⁰ parmi les employés de la CSS, tous travailleurs saisonniers.

Dans la région, les données les plus récentes et les plus proches géographiquement de Richard-Toll relèvent de la surveillance sentinelle³¹ effectuée à Saint-Louis. En 1998, la séroprévalence chez les femmes enceintes à Saint-Louis est estimée à **0,21%** pour le VIH-1 et **0%** pour le VIH-2 (*US Census Bureau*, 2001). A Saint-Louis, la surveillance épidémiologique du VIH, débutée en 1989, a été arrêtée en 1993. Depuis 1998/1999 une reprise informelle et progressive des activités de surveillance du VIH/SIDA semble concerner principalement le groupe des femmes enceintes et des prostituées³².

A ceci, il faut ajouter que la Mauritanie, voisin frontalier et lieu d'importants échanges avec la région de Richard-Toll, se caractérise par un niveau de faible prévalence du VIH. Selon l'USCB (2001), la proportion d'adultes vivant avec le VIH/SIDA a été estimée à 0,5% à la fin de 1999.

2.2.6.1.2. Problème d'accessibilité au test de dépistage du VIH

A Richard-Toll, le test de dépistage du VIH ne peut être effectué sur place, et nécessite l'envoi des sérums à Saint-Louis (105km) ou à Dakar (264km), au laboratoire du dispensaire ou en structure privée. Dans le cadre de leur suivi au centre des MST, les travailleuses du sexe inscrites au fichier sanitaire et social de la prostitution font l'objet d'une surveillance clinique trimestrielle et d'une surveillance sérologique du VIH systématique tous les 6 mois³³.

2.2.6.2. Recours pour MST

Tous les médecins rencontrés s'accordent pour dire que le recours pour maladie sexuellement transmissible est souvent déguisé, avec une gêne à aborder directement le sujet du fait du caractère honteux de la maladie et de la connotation associée de comportement d'infidélité ou

²⁹ source: *ibid.* 28

³⁰ source: Dr A. Gassama, médecin-chef du centre de santé de la CSS (1999).

³¹ Le programme de surveillance épidémiologique de l'infection au VIH au Sénégal concerne cinq sites sentinelles implantés à Dakar, Thiès, Saint-Louis, Kaolack et Ziguinchor.

³² source: Dr A. Thiam, Laboratoire du Dispensaire de Sor, Saint-Louis (1999 et 2002)

³³ source: Gnagna Sow, sage-femme, centre de santé de district de Richard-Toll (1999)

de vagabondage sexuel. L'automédication est fréquente par recours direct au pharmacien ou au guérisseur et rend l'appréciation adéquate du phénomène difficile d'autant que bien souvent les gens préfèrent aller consulter là où ils ne sont pas connus comme à Saint-Louis ou à Dakar. Il en résulte une sous-déclaration et une sous-évaluation des cas de MST.

2.2.7. Sensibilisation sur les MST/SIDA

Des actions de sensibilisation sont menées dans la région à travers l'engagement de plusieurs ONG comme l'ASBEF qui cible les jeunes à travers des initiatives décentralisées dans les quartiers ou dans les villages avoisinants (formation de relais), SANFAM qui travaille avec des groupes de femmes dans les quartiers, le centre de santé et la maternité du District qui suivent les prostituées, et le centre de santé de la CSS qui vise également les épouses des ouvriers présentes à Richard-Toll. Cependant, ces activités de sensibilisation manquent cruellement d'évaluation et impliquent peu les hommes. ■

3. Revue de littérature



« The organizations involved in AIDS prevention in West Africa have examined international migration flows as a problem relative to the spread of HIV/AIDS rather than internal migrations. The mobility patterns observed will link people in areas with higher HIV/AIDS risks with areas having lower risks. Although the broad definition of AIDS prevention may not facilitate action focus, the pervasiveness, diversity and the implications of mobile livelihood strategies is nevertheless important. However, difficulties are noted on the AIDS prevention programs for mobile people, resulting in a slower pace of the prevention activities that address the linkage between regional mobility and the spread of the disease. In view of this, the forms of social organization and structures that underlie migrant mobility should be examined carefully to better understand the logic and order of migrant places, and consequently develop innovative and effective interventions ».

Thomas M. Painter (1995)

3.1. Migration, un concept aux multiples facettes

L'aspect polymorphe de la migration rend le consensus difficile parmi les auteurs, et de multiples définitions de la migration et du migrant cohabitent dans la littérature. Néanmoins, nous avons retenu la définition proposée par UNAIDS et IOM (1998). On entend par migrant, **toute personne qui change de lieu de résidence de façon temporaire ou permanente, et dont la décision de se déplacer a été prise librement**. Cette définition englobe les migrants de travail, les migrants économiques, les travailleurs saisonniers,... mais exclut certains groupes de population comme les touristes internationaux, les réfugiés et les personnes déplacées fuyant les guerres ou les changements climatiques.

Par ailleurs, la migration doit être plus envisagée comme un processus dynamique qui se réalise en plusieurs phases: l'origine, le déplacement ou transit et l'arrivée ou destination (Haour-Knipe et Rector, 1996; UNAIDS et IOM, 1998).

Origine: comprend l'endroit d'où viennent les migrants (et où ils sont susceptibles de retourner), les raisons pour lesquelles ils quittent cet endroit, les relations entretenues par les migrants avec leur foyer pendant leur absence.

Transit: comprend les endroits traversés par les migrants pendant leur déplacement, leur mode de déplacement ainsi que leur mode de survie économique pendant leur déplacement.

Destination: comprend l'endroit où les migrants ont l'intention de se rendre, l'endroit où ils se retrouvent effectivement à la fin de leur périple, et aussi la manière dont ils y sont accueillis et les conditions de vie et de travail sur leur nouveau lieu de résidence.

source: UNAIDS et IOM, 1998

A ceci s'ajoutent d'autres éléments entrant dans la typologie migratoire, comme le lieu de destination interne (à l'intérieur des frontières) ou international, et dans le cas de la migration interne on peut distinguer les déplacements de ville à ville ou du milieu rural vers les centres urbains. Enfin, il faut également tenir compte de la durée de déplacement (temporaire, saisonnier vs de plus longue durée...).

3.2. Migration en Afrique de l'Ouest

En Afrique, les dix dernières années ont été marquées par une croissance rapide des populations urbaines liée principalement aux migrations de personnes originaires de régions rurales. L'inégalité de développement économique accentue les déséquilibres entre les milieux urbains et ruraux et favorise l'exode rural. Au Sénégal, les graves épisodes de sécheresse durant les années 1970, et la récession économique qui a suivi la dévaluation du Franc CFA

ont été à l'origine d'importants flux migratoires vers les centres urbains. La migration temporaire de travail reste le type de migration le plus répandu en Afrique de l'Ouest, et le plus souvent le fait d'hommes jeunes, originaires de zones rurales, célibataires ou voyageant seuls et ayant un faible niveau de scolarisation (Lalou et Piché, 1996; Lydié et Robinson, 1998; UNAIDS et IOM, 1998). Et selon l'ONUSIDA EIP/AOC (2000), chaque année, cinq millions de personnes seraient impliquées dans un processus de migration en Afrique de l'Ouest.

Dans les régions sahéliennes, face aux perturbations climatiques, aux déséquilibres spatiaux du travail et du capital, la mobilité fait partie des stratégies de lutte contre les crises du monde rural mises en place par les populations. Et le maintien de liens plus ou moins forts avec le milieu d'origine va permettre un ancrage avec la société de départ. D'autant que, bien souvent, plusieurs systèmes d'entraide et de contrôle social pourront être mis en place par la communauté (famille élargie, associations en milieu rural, etc.) pouvant aboutir à un véritable "contrat migratoire" liant le candidat au départ à sa communauté d'origine (Guilmoto, 1997).

3.3. Migration et VIH, une relation complexe

Migration et infection au VIH sont liés par une relation complexe et face à l'hétérogénéité des formes de migration, les personnes mobiles qui se déplacent pour des motifs variés et selon des processus différents, ne sont pas exposées au même niveau de risque et ne contribuent pas de la même façon à l'expansion de l'épidémie (Lalou et Piché, 1994; Lydié et Robinson, 1998; ONUSIDA et OMS, 2000a).

Pour Prothero (1996), il apparaît que les recherches doivent être poursuivies sur les interactions complexes entre facteurs sociaux et économiques susceptibles de conditionner les migrations de travail et d'influencer les comportements sexuels des migrants:

« Until more is known about the interactions of socio-economic, cultural, and biomedical mechanisms, our understanding of the relationship between migration and AIDS will remain vague » (Prothero, 1996).

Force est de constater que les études sur la migration et le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne concernent principalement les groupes mobiles à haut risque comme les conducteurs de poids-lourds, les commerçants itinérants et les travailleuses du sexe. Les liens entre mobilité et VIH/SIDA parmi les autres catégories de travailleurs migrants, de même que l'influence des différents types de migration sont beaucoup moins documentés (Lalou et Piché, 1994; Decosas et Adrien, 1997; Lydié et Robinson, 1998). Et comme le suggèrent Decosas et Adrien (1997), comprendre la vulnérabilité des migrants face au VIH passe d'abord par une

compréhension de la mobilité humaine. Les déplacements humains sont des phénomènes complexes qui vont participer à des changements profonds des comportements sexuels qui favorisent l'exposition au risque de contracter le VIH (Lalou et Piché, 1996).

Selon Painter (1999), en Afrique de l'Ouest, les migrations internes et intra-régionales font intervenir des zones de départ et de destination ayant des niveaux de risque d'infection au VIH très différents: « *this widespread mobility occurs between lower opportunity/lower HIV-risk areas and greater opportunity/higher HIV-risk coastal urban and periurban areas of West Africa* ». Plusieurs travaux ont souligné que le changement de résidence était fortement associé à une augmentation du risque d'être infecté par le VIH et que les travailleurs migrants saisonniers constituaient un groupe particulièrement à risque de contracter ou transmettre le VIH/SIDA et les MTS. En Ouganda par exemple, lorsqu'ils quittent le milieu rural pour la ville, les migrants ont tendance à augmenter leur nombre de partenaires sexuelles et à prendre des risques en fréquentant les prostituées. La séroprévalence au VIH passait de 5,5% (2129 adultes) pour ceux qui n'avaient pas quitté le village à 11,5% (1130 adultes) parmi les migrants qui avaient quitté la région (Nunn et al., 1995).

Pour d'autres auteurs, le fait d'être migrant ne constitue pas en soi un facteur de risque pour le VIH. Ce sont les situations dans lesquelles se retrouvent les personnes mobiles, ainsi que les activités menées pendant le processus de migration, qui exposent davantage au risque de contracter le VIH. Ces mêmes facteurs qui poussent les migrants à quitter leur foyer sont susceptibles d'influencer les risques qui les accompagneront tout au long de leur périple. Sur le plan individuel, ces déterminants recouvrent par exemple le sens de l'aventure ou la propension à prendre des risques. Les principaux facteurs de risque sont cependant de nature sociale comme la pauvreté, le manque de pouvoir et l'instabilité sociale (Haour-Knipe et Rector, 1996; Rivers et Aggleton, 1999).

Les migrants sont particulièrement vulnérables à l'infection au VIH du fait des conditions qui entourent leur mobilité. Dans les facteurs pouvant expliquer cette vulnérabilité, on retrouve la circulation entre des zones à prévalence basse et élevée, de longues absences hors du contrôle social du milieu familial, un isolement pouvant favoriser la consommation d'alcool ou de drogues (Decosas et Adrien, 1997) et un contexte de précarité les situant le plus souvent dans la fraction la plus défavorisée au plan sanitaire et social (Haour-Knipe, 1998).

Le lien étroit qui unit le migrant voyageant seul et le recours au sexe commercial nécessite également de s'intéresser aux multiples déterminants de la prostitution en Afrique. Pour l'ONUSIDA EIP/AOC (2000b):

« Il est urgent que l'on comprenne mieux le rôle que les travailleuses du sexe (qu'elles soient professionnelles, clandestines, occasionnelles ou se classent dans d'autres catégories) et leur clientèle, généralement très mobile, jouent dans la propagation de l'infection au VIH à travers l'Afrique de l'Ouest et du Centre et au-delà ».

A la lumière de travaux récents effectués en Côte d'Ivoire, il semble que les travailleurs migrants soient "triplement exposés" au risque d'infection au VIH: (1) l'isolement social et affectif, et la difficile adaptation à un nouvel environnement générateur de stress vont favoriser les comportements sexuels à risque (recours à la prostitution, partenaires multiples et occasionnelles dans un contexte de faible utilisation du condom); (2) un manque de réceptivité aux campagnes de sensibilisation lié à un décalage culturel avec le milieu d'accueil; et (3) un état de santé en général plus fragile avec une plus grande vulnérabilité à la maladie augmentant le risque d'infection par injection (Lalou et Piché, 1996). Parallèlement, ces mouvements de population auront tendance à affaiblir le rôle de la structure traditionnelle de la famille vis à vis du contrôle de la sexualité (Decosas et Adrien, 1997; UNAIDS et IOM, 1998; Rivers et Aggleton, 1999).

Des études menées en milieu rural au Sénégal ont mis également en évidence des migrations intenses dans un contexte de multipartenariat fréquent avec une faible utilisation du préservatif (Kane *et al.*, 1993; Lagarde *et al.*, 1995).

3.4. Situation de l'infection au VIH/SIDA en Afrique subsaharienne et au Sénégal

Avec 3,4 millions de nouvelles infections en 2001, l'Afrique subsaharienne est la région du monde la plus touchée par l'épidémie à VIH/SIDA. Le nombre total des personnes vivant avec le VIH/SIDA y est estimé à 28,1 millions, et le sida y est devenu la première cause de mortalité. De plus, les trois quarts des 22 millions de personnes décédées dans le monde depuis le début de l'épidémie étaient originaires de cette région (ONUSIDA, 2001). Dans cette région, le mode dominant de transmission est la voie hétérosexuelle et le virus s'est répandu rapidement dans l'ensemble de la population. Il semble maintenant admis que le profil épidémiologique de l'infection au VIH est le résultat d'une interaction entre plusieurs facteurs d'ordre biologiques, comportementaux, socioculturels et structurels

<p>Quelques repères sur l'infection au VIH/SIDA en Afrique subsaharienne</p> <p>L' Afrique subsaharienne compte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - à peine 10% de la population mondiale; - plus de 70% des adultes et 80% des enfants vivant avec le VIH/SIDA dans le monde; - 80% des décès dus au sida; - 95% des orphelins du sida. <p>Source: ONUSIDA (2000)</p>
--

(Decosas, 1996; Rivers et Aggleton, 1999; ONUSIDA et OMS, 2000). Ceci pourrait expliquer les grandes variations observées dans la prévalence du VIH/SIDA à l'intérieur même du continent, réalisant en fait une "mosaïque de multiples épidémies africaines". L'infection au VIH/SIDA intéresse toutes les couches de la société mais touche plus particulièrement les tranches d'âge actives et reproductives; les 15-49 ans.

En Afrique de l'Ouest, la présence du VIH-2 vient compliquer l'épidémiologie du sida, mais sa virulence semble beaucoup moins élevée et la prévalence de l'infection au VIH-2 semble par ailleurs plus stable (ONUSIDA, 1998). Au Sénégal, les sérotypes VIH-1 et VIH-2 sont présents et selon des données rapportées par le *US Census Bureau* (2001), les taux de prévalence d'infection au VIH parmi les femmes enceintes³⁴ de Dakar, en 1997, étaient estimés respectivement à 0,4% pour le VIH-1 et 0% pour le VIH-2. En 1998, chez les prostituées³⁵ de Dakar suivies dans le cadre du programme de surveillance sérologique du VIH dans les sites sentinelles, ces taux atteignaient respectivement 6,1% (VIH-1) et 3,6% (VIH-2).

3.4.1. Déterminants de l'épidémie

Plusieurs facteurs ont été identifiés comme susceptibles d'alimenter la transmission sexuelle du VIH et jouer le rôle de démarreurs de l'épidémie ou moteurs de sa propagation (cf. Tableau 4, page suivante). La compréhension de ces déterminants et de leur poids respectif dans le développement de l'épidémie à VIH devient un enjeu majeur pour une meilleure adaptation des stratégies de lutte contre le sida. La plupart des études tendent à montrer qu'en Afrique subsaharienne, les infections sont contractées très tôt, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Un puissant cofacteur individualisé très tôt dans la propagation du VIH est la prévalence élevée des infections génitales non traitées et tout particulièrement des ulcérations génitales. Lorsqu'elles ne sont pas soignées, les IST peuvent augmenter jusqu'à 20 fois le risque de transmission du VIH (Brabin *et al.*, 1994; ONUSIDA et OMS, 2000).

Néanmoins, pour appréhender de façon globale la question des déterminants de l'infection du VIH/SIDA, et au delà des déterminants de nature biologique, sociale et comportementale, il faut s'intéresser à des facteurs plus structureaux. Pauvreté et maladie sont liées par une relation à double sens, et aujourd'hui il est clairement établi que le sida se développe dans des contextes de grande pauvreté. C'est dans un environnement de déficit chronique en potentialités élémentaires, à savoir le manque d'éducation et d'information, les problèmes

³⁴ Taille de l'échantillon: 232 femmes enceintes (US Census Bureau, 2001)

³⁵ Taille de l'échantillon: 760 prostituées (source: *ibid* 34)

d'accès aux ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux, l'urbanisation rapide, les désordres civils et les conflits armés,... que l'infection va se développer et se propager en touchant tout particulièrement les groupes de population vulnérables (ONUSIDA, 2001).

Tableau 4: Facteurs favorisant la transmission du VIH

<p>Facteurs sociaux et comportementaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peu ou pas d'utilisation du préservatif • Grande proportion de la population adulte ayant des partenaires multiples • Partenariats sexuels se chevauchant plutôt que de se suivre • Vastes réseaux sexuels, particulièrement chez les individus qui se déplacent hors du foyer vers un lieu de travail éloigné • Jeunes femmes ou adolescentes infectées à l'occasion de rapports sexuels avec des hommes plus âgés • Dépendance économique des femmes à l'égard du mariage ou de la prostitution
<p>Facteurs biologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux élevé d'infections sexuellement transmissibles • Taux peu élevé de circoncision masculine • Charge virale élevée, retrouvée au tout début de l'infection et puis dans les derniers stades de la maladie

source: ONUSIDA/OMS, 2000

3.4.2. Prévalence du VIH/SIDA "faible" et stable au Sénégal

Au Sénégal, le premier cas de sida a été rapporté en 1986, et dès la même année un Comité National de Lutte contre le Sida était mis en place. En 1999, la proportion de personnes vivant avec le VIH/SIDA a été estimée à 1,8%, et le total cumulé de cas de sida répertoriés sur la période 1986-1999 est de 2688 (*US Census Bureau, 2001*).

Tableau 5: Nombre de cas de sida rapportés par année au Sénégal (période 1986-99)

1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total
6	60	115	88	156	127	96	263	534	396	141	411	151	144	2688

source: *US Census Bureau (2001) et ONUSIDA (2001)*

Une compilation des données disponibles sur l'infection au VIH et les MTS au Sénégal révèle que, de 1989 à 1996, les niveaux d'infection au VIH estimés à partir de quatre sites sentinelles urbains sont restés stables autour de 1,2% dans la population des femmes enceintes et à 3% chez les patients masculins atteints de MTS (Meda et al., 1999). Le maintien de niveaux d'infection au VIH relativement bas est imputable en grande partie aux efforts de prévention que le PNLS et la société civile ont réussi à développer et encourager dès le début de l'épidémie au Sénégal (Meda et al., 1999; ONUSIDA, 2000). Cette mobilisation rapide dès le début de l'épidémie a associé de nombreux acteurs et a mis très tôt l'accent sur la sécurité transfusionnelle. Il faut également souligner, que le Sénégal est l'un des premiers pays d'Afrique à avoir investi très tôt dans un programme national de prévention des MST et à avoir intégré la prise en charge des MST dans les services de soins de santé primaires (Niang et al., 2001). Depuis la légalisation de la prostitution en 1969, les travailleuses du sexe

déclarées sont régulièrement suivies sur le plan médical et prises en charge, si nécessaire, pour les MST curables (ONUSIDA EIP/AOC, 2000b). Une autre étude réalisée au sein d'une communauté rurale du Sud du Sénégal en 1990 et 1995 montre une faible prévalence de l'infection au VIH (1% des adultes âgées de 20 ans et plus sont infectés par le VIH-1 ou le VIH-2) et une faible incidence (0,8 nouvelle infection/1000 adultes/an). Après avoir identifié un certain nombre de facteurs pouvant favoriser une dissémination rapide de l'infection dans la région comme l'existence de **migrations saisonnières intenses**, un **mariage tardif**, des **relations à partenaires multiples fréquentes** et une **faible utilisation du condom**, les auteurs proposent une tentative d'explication à cette prévalence basse de l'infection au VIH (Lagarde *et al.*, 1996). A côté de ces facteurs favorisant la propagation de l'infection coexistent des facteurs pouvant freiner son développement comme:

- la faible prévalence des MST au Sénégal par rapport à celles couramment observées en Afrique;
- le contexte des migrations saisonnières vers d'autres régions du Sénégal ou vers le pays voisin (la Gambie) où la prévalence du VIH est faible également;
- des campagnes d'information sur le sida et sur l'usage du préservatif relativement efficaces avec une bonne mobilisation communautaire.

Si la prévalence du VIH/SIDA reste basse dans la population générale, on note cependant des niveaux de séroprévalence beaucoup plus élevés parmi les professionnelles du sexe, personnes qui sont en contact régulier avec les personnes migrantes ou se déplaçant elles-mêmes pour leurs activités de commerce sexuel (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 6: Séro-prévalence du VIH-1 dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest

Pays	Prévalence du VIH-1 parmi les groupes à faible risque ³⁶ des grandes zones urbaines	Prévalence du VIH-1 parmi les groupes à haut risque des grandes zones urbaines
	(%)	(%)
Burkina Faso	5.7	28.6
Cote d'Ivoire	9.0	36.0
Gambie	1.0	-
Guinée	1.5	36.6
Guinée-Bissau	2.6	-
Mali	2.5	21.0
Mauritanie	-	-
Sénégal	.4	6.1

source: US Census Bureau, HIV/AIDS surveillance database, june 2001 update

³⁶ a) Groupe à haut risque: prostituées et leurs clients, patients traités pour MST et autres personnes avec facteurs de risque connus; b) Groupe à faible risque: femmes enceintes, donneurs de sang, et autres personnes sans facteur de risque connu (US Census Bureau, HIV/AIDS surveillance database, june 2001 update).

Il faut ajouter qu'au Sénégal, les niveaux de connaissance du sida dans la population générale sont relativement bons. D'après une enquête récente, l'ESIS-Sénégal 1999, 48% des femmes et 57% des hommes interrogés peuvent citer au moins deux moyens de prévention du sida, et plus de 98% des hommes et des femmes connaissent un signe du sida. Dans le domaine des comportements sexuels, 4% des femmes âgées de 15 à 49 ans interrogées déclarent avoir (ou avoir eu) un partenaire occasionnel actuellement ou par le passé contre 31,6% chez les hommes âgés de 15 à 59 ans. Enfin, près de 50% des hommes interrogés prétendent avoir utilisé le condom lors de rapport sexuel avec une partenaire occasionnelle, contre 17% pour les femmes (Sow *et al.*, 2000).

3.5. Analyse des comportements sexuels reliés à l'infection au VIH/SIDA

Dans l'analyse des comportements sexuels, deux grands types d'approches théoriques peuvent être identifiés: les théories individuelles et les approches relationnelles. Les premières expliquent le comportement en fonction de caractéristiques des individus comme les connaissances, attitudes, croyances, histoire personnelle (Godin, 1988; Leviton, 1989). Les deuxièmes, plus récentes, s'intéressent aux caractéristiques de la relation comme le type, la structure, la dynamique et la place occupée dans un tissu relationnel plus large (Bajos, 1998; Van Campenhoudt, 1998).

Tableau 7: Principaux modèles théoriques d'analyse des comportements reliés à la santé

modèle	auteur(s)	année	concepts clés
Modèle des croyances relatives à la santé <i>Health belief model</i>	Rosenstock	1974	- perception de la vulnérabilité face à la maladie - perception de la sévérité de la maladie - coûts et bénéfices liés à l'adoption du comportement préventif - motivation à la santé
Théorie de l'action raisonnée	Fishbein & Ajzen	1975	- l'intention - estimation de la probabilité de survenue de l'événement - pression exercée par le groupe des pairs
Théorie du comportement planifié	Ajzen & Madden	1986	- perception qu'a l'individu de son degré de contrôle sur le comportement
Théorie sociale cognitive <i>Social Learning Theory</i>	Bandura	1977	- croyance en l'efficacité du comportement - croyance en l'efficacité personnelle - interaction réciproque entre les déterminants cognitifs, comportementaux et environnementaux
Théorie de la <i>Self Efficacy</i>	Bandura	1977 1989	- perception de sa capacité à changer en fonction des expériences passées

source: Godin, 1988; Leviton, 1989

Des critiques ont été émises à l'égard de ces modèles: (1) vision linéaire et statique de la réponse au risque; (2) prise de décision ramenée à un individu dans une situation où l'on est au moins deux; (3) non prise en compte de l'histoire sexuelle des personnes; (4) utilisation de variables dépendantes dichotomiques comme "*rapport sexuel protégé: oui/non*" éludant les stratégies sexuelles alternatives (Godin, 1988; Bajos *et al.*, 1997). De même, en réponse à ces approches trop orientées sur les comportements individuels, plusieurs auteurs ont souligné l'importance de s'intéresser aux contextes (sociaux, culturels et économiques), aux réseaux et aux interactions pour mieux appréhender les significations que les individus attachent en regard de leurs actions (Bajos et Ludwig, 1995; Rhodes, 1997).

Des travaux plus récents suggèrent que la relation entre perception du risque et conduites sexuelles doit être envisagée dans une dynamique plus circulaire que linéaire et que soit prise en compte pris la notion d'interaction sociale dans l'analyse des comportements reliés au risque d'infection au VIH. Par ailleurs, le comportement sexuel d'un individu s'inscrit dans une configuration complexe qui comporte des répertoires de pratiques sexuelles, de scénarios et de significations (Bajos *et al.*, 1997). L'adaptation au risque d'infection au VIH pourra se faire selon plusieurs registres allant de la sélection des partenaires sur la base de critères subjectifs jusqu'à l'utilisation du préservatif ou le refus de rapport sexuel après communication entre les deux partenaires (Peto *et al.*, 1992; Ray *et al.*, 1998).

Une dernière critique relevée est que ces approches, issues pour la plupart de travaux réalisés en Occident, ne prennent pas en compte la dimension socioculturelle.

3.6. Définition opérationnelle des concepts utilisés

Paragraphe flottant entre les chapitres *Revue de littérature* et *Méthodologie*, nous présentons ici la définition des concepts utilisés dans cette étude.

▣ **Migrant de travail:** Comme vu précédemment, il s'agit d'une personne qui change de lieu de résidence de façon temporaire ou permanente, et dont la décision de se déplacer a été prise librement, et dont le motif principal est la recherche d'un emploi. Nous ajoutons la durée³⁷ de migration supérieure à six mois, pour se démarquer de la mobilité temporaire (inspiré de IOM et UNAIDS, 1998).

³⁷ L'échantillon d'informateurs migrants avec lequel nous ferons connaissance dans le chapitre *Méthodologie* concerne des individus se déplaçant sur des périodes supérieures à neuf mois.

▷ **Migration interne:** déplacement avec changement de résidence qui s'opère à l'intérieur des frontières du pays concerné. Dans cette étude, nous rappelons que c'est la migration rurale-urbaine qui est prise en considération.

▷ **Monopartenariat:** avoir une seule partenaire sexuelle régulière durant la même période de temps.

▷ **Multipartenariat:** avoir plus d'une partenaire sexuelle durant la même période de temps.

▷ **Réseau sexuel:** Défini comme l'ensemble des partenaires, régulières ou occasionnelles, avec lesquelles l'informateur a des relations sexuelles.

▷ **Partenaire régulière:** personne avec laquelle l'informateur est marié (épouse), vit en union libre ou avec laquelle une relation régulière (fondée sur une certaine assiduité et durée) a été établie [inspiré et adapté de Leane et Adrien (1998)]. Dans ce travail, d'autres termes peuvent être utilisés comme la copine régulière, la petite-amie, ou la partenaire fixe.

▷ **Partenaire occasionnelle:** personne avec laquelle l'informateur n'a pas établi de relation régulière.

▷ **Comportement sexuel à risque:** avoir plus d'une partenaire sexuelle, en dehors de la partenaire régulière, et avec laquelle (lesquelles) le condom n'est pas utilisé de façon systématique. Entre aussi dans le cadre de cette définition, le fait d'avoir eu au moins un rapport sexuel non protégé avec une partenaire occasionnelle ou avec une prostituée au cours des douze derniers mois.

▷ **Prostitution:** Nous avons retenu la définition de la prostitution proposée par l'ONUSIDA EIP/AOC lors de l'atelier régional sur l'analyse de la situation de la prostitution en Afrique de l'Ouest et du Centre (Abidjan, 21-24 mars 2000):

« Tout accord conclu entre deux ou plusieurs partenaires dont l'objectif est exclusivement limité à l'acte sexuel et prend fin avec celui-ci et qui comporte une négociation, en principe préalable, du prix. Il se distingue ainsi des contrats de mariage, du clientélisme sexuel et des accords conclus entre amoureux qui peuvent comporter des dons en nature ou en argent mais dont la valeur n'a aucun rapport avec le prix de l'acte sexuel et ce, tant que l'accord n'est pas exclusivement lié aux services sexuels » (ONUSIDA, 2000).

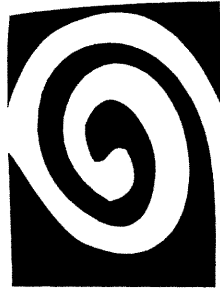
Il faut signaler néanmoins que cette définition concerne les formes les plus visibles du travail sexuel. Face au polymorphisme du marché sexuel, l'International Center for Research on

Women (IRCW) apporte un éclairage supplémentaire en définissant l'activité sexuelle transactionnelle, comme étant « *l'échange sexe contre confort, biens ou argent, pas nécessairement sur une base professionnelle* » (ONUSIDA, 1999).

Dans cette étude, en dehors du cadre officiel ou professionnel des travailleuses du sexe nous utiliserons les termes de prostitution clandestine, informelle ou occasionnelle pour évoquer "l'autre secteur" du sexe commercial.■

① D'autres aspects sur la migration et le VIH/SIDA en contexte africain sont présentés au chapitre *Discussion* (page 122) dans la contextualisation de nos résultats avec la littérature.

4. Cadre conceptuel



« Une approche constructiviste appelle obligatoirement une approche naturaliste. Le contexte est, ici, d'une importance fondamentale. La maladie ne prend tout son sens que si elle est resituée dans un contexte particulier, à la fois extérieur (familial, communautaire, culturel, politique) et intérieur (histoire de vie, personnalité) à l'individu. Le défi qui attend la recherche n'est donc pas simplement de culturaliser la maladie, mais, fondamentalement, de contextualiser l'analyse que l'on en fera. Ce souci pour la réalisation d'analyses contextualisées a pris la forme d'une constante dénonciation de la tendance au morcellement de la réalité: morcellement des facteurs de risque dans les modèles de prédiction ou étiologiques, morcellement des critères de définition des catégories diagnostiques, morcellement du savoir populaire en croyances et en valeurs à cibler dans les programmes de prévention ».

Raymond Massé (1995)

4.1. Position épistémologique

Nous avons tous des préconceptions qui vont venir influencer notre vision de la réalité, nos choix conceptuels, méthodologiques et interprétatifs. Alors, sans vouloir nous enfermer dans des étiquettes définitives mais par souci de transparence vis à vis du lecteur, nous tenons à préciser les préférences épistémologiques qui ont guidé ce travail. La perspective dans laquelle nous nous sommes situés pour mener cette étude qualitative est proche de l'interactionnisme symbolique.

Les interactionnistes symboliques postulent que le fait social est un processus qui se construit, prônent une analyse des réalités sociales à travers la perspective des acteurs sociaux, et mettent l'emphase sur la dynamique des échanges entre les personnes et l'exploration du sens que les acteurs donnent à leurs actions (Blumer, 1969; Becker, 2000). L'interactionnisme symbolique est issu du courant sociologique de la seconde école de Chicago. Comme le suggère Becker (2000) « *le fait de fumer de la marijuana n'est pas le résultat d'un déterminisme sociologique ou statistique; il est l'aboutissement d'un processus interactif complexe (un apprentissage, l'application de normes, l'accusation par autrui, etc.), que l'on peut reconstituer par l'observation empirique* ».

4.2. Un cadre conceptuel préliminaire souple

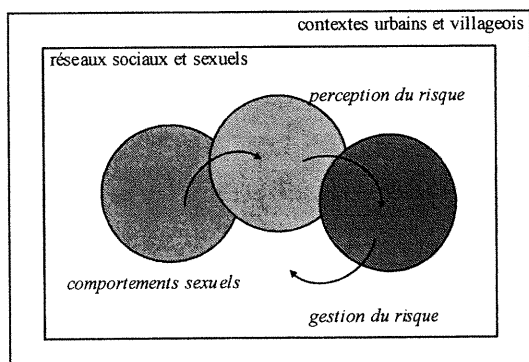
La recherche présentée ici est de type qualitatif et privilégie une approche descriptive interprétative se situant dans le **paradigme constructiviste**. L'hypothèse de base guidant l'approche constructiviste est que les phénomènes sociaux relèvent d'une longue élaboration où interviennent des représentations, des règles sociales, des apprentissages et des conduites qui varient selon les sociétés et qui se construisent et se déconstruisent sans cesse (Patton, 1990; Guba et Lincoln, 1994). Pour Lévy (1997), le paradigme constructiviste « *considère le monde vécu, non pas comme ordonné ou prédéterminé mais comme la résultante d'une négociation humaine continue* ». Il postule qu'il existe plusieurs réalités socialement construites, que les connaissances sont des constructions collectives, et qu'il est possible de former graduellement des consensus par un "cercle herméneutique" composé de discussions, de critiques, de négociations et de réévaluations.

"Des repères conceptuels oui, mais refus d'un cadre théorique préliminaire trop rigide": dans cette étude abordant le thème complexe des migrations et du VIH/SIDA en contexte africain, nous avons privilégié une démarche exploratoire ouverte à la découverte afin de

favoriser l'émergence de dimensions nouvelles et d'hypothèses. C'est tout naturellement que nous ne nous sommes pas enfermés dans un cadre conceptuel rigide pré-établi, d'autant plus qu'il ne s'agissait pas de tester ou de valider un modèle existant. Nous avons opté pour une trame de repères conceptuels permettant un accès ouvert au terrain. La question de recherche visait plus à explorer un champ de représentations sociales, de significations et de logiques d'acteurs qu'à vérifier des hypothèses, alors nous avons adopté une **démarche exploratoire et inductive**, ouverte au contexte de l'objet à l'étude (Lessard-Hébert *et al.*, 1996).

Figure 3: Repères conceptuels préliminaires

Les éléments entrant dans notre cadre conceptuel préliminaire ont servi de guides pour le développement de la grille d'entretiens individuels en profondeur avec les informateurs migrants, laquelle a été réajustée et enrichie au fur et à mesure de l'avancée du travail sur le terrain, comme le permet la recherche qualitative.

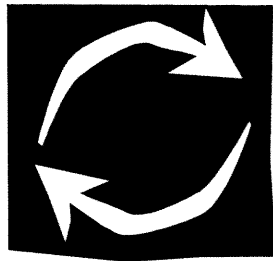


Le refus d'un cadre conceptuel trop rigide nous a permis de rester dans un état d'esprit et une démarche holistique propice à la découverte tout en laissant la priorité aux informateurs et en restant en phase avec les réalités du contexte.

Dans ce travail, nous avons veillé à ne pas nous faire absorber par les excès de la modélisation, et comme le suggère Massé (1995):

« Utilisée comme une fin et non comme un moyen, la modélisation devient une barrière sérieuse à tout effort de conceptualisation des comportements analysés. Malheureusement, plusieurs études semblent avoir pour objectif, non plus la compréhension d'un phénomène qui prend son sens dans un contexte particulier, mais la validation d'un modèle prédéfini, donc décontextualisé, qui met de côté, dès le départ, tout une série de facteurs pertinents ». ■

5. Choix méthodologiques



*« There is no burden of proof.
There is only the world to
experience and understand.
Shed the burden of proof to lighten
the load for the journey of
experience. (...) When in doubt,
observe and ask questions. When
certain, observe at length and ask
many more questions. Qualitative
inquiry cultivates the most useful
of all human capacities- the
capacity to learn from others ».*

-From Halcom's Evaluation Laws
Michael Quinn Patton (1990)

Avant d'entrer dans le vif du sujet, nous voudrions justifier l'ampleur du présent chapitre. A l'inverse des études quantitatives où il existe des conventions relativement précises qui peuvent guider le chercheur, en recherche qualitative, on dispose d'un immense choix de méthodes d'analyse qui ne possèdent pas toutes des règles clairement formulées, où bien souvent, chaque école amène sa terminologie, et où plusieurs itinéraires peuvent être empruntés. Cette grande ouverture et ces multiples options peuvent constituer autant de forces que de faiblesses, et afin d'éviter tout flou artistique nous avons tenu à décrire et expliciter les choix méthodologiques et les procédures utilisés ainsi que leur séquence, gage de rigueur et de transparence de notre démarche.

5.1. Population cible et échantillonnage

5.1.1. Cible de l'étude

Cette étude cible les hommes d'origine Haalpulaar (Toucouleur ou Peul), âgés de 20 à 39 ans, migrants de travail ayant quitté leur village d'origine pour se rendre à Richard-Toll. Ces travailleurs migrants, principalement originaires de la Moyenne Vallée du Sénégal³⁸ (le Fouta Toro) ou du delta du fleuve³⁹, se déplacent seuls et sont célibataires ou mariés non accompagnés de leur épouse.

Par migrant de travail, on entend toute personne dont le motif de changement de résidence est la recherche d'emploi. Dans cette étude, ont été exclus les personnes mobiles se déplaçant de façon temporaire sur des périodes inférieures ou égales à six mois comme les marchands ambulants, qui rentrent régulièrement chez eux après une absence de durée variable, ou les pasteurs nomades à la recherche de nouveaux pâturages et dont le déplacement fait partie intégrante du mode de vie.

5.1.2. L'échantillon qualitatif

En recherche qualitative, l'échantillon utilisé est non probabiliste et intentionnel, et il repose davantage sur la capacité des individus à pouvoir éclairer le phénomène étudié. « *L'échantillon non probabiliste cherche à reproduire le plus fidèlement la population globale, en tenant compte des caractéristiques connues de cette dernière.* » (Beaud, 1984, cité par Deslauriers, 1991).

³⁸ Les limites du Fouta sont comprises entre Dagana, à 19 km de Richard-Toll et Bakel, c'est le pays *Toucouleur*.

³⁹ Le Walo est la région qui s'étend de Saint-Louis à Richard-Toll.

Dans ce type d'étude, la taille de l'échantillon est rarement déterminée de façon précise à l'avance et va dépendre de l'évolution de la recherche sur le terrain, du **niveau de saturation des catégories** (le moment où l'information recueillie devient redondante) mais aussi des fonds disponibles. La pré-analyse régulière des transcriptions effectuée sur le terrain a permis de se faire une idée du niveau de saturation atteint.

Nous avons réalisé 14 entretiens individuels en profondeur avec des informateurs migrants âgés de 20 à 39 ans. Sur les 14 Verbatim obtenus, **12 ont été retenus pour l'analyse des données**. Les deux retraits correspondent à la phase test des guides d'entrevue.

Nous avons pris en compte dans notre échantillon l'origine⁴⁰ **Peul** ou **Toucouleur** des informateurs Haalpulaar. De même, pour amener de la diversité à l'échantillon, la sélection des informateurs migrants a tenu compte du **secteur d'activité**. Ce choix se justifie par l'existence de deux secteurs fortement pourvoyeurs d'emploi à Richard-Toll et très attractifs pour les populations de la région: la Compagnie Sucrière Sénégalaise d'une part, et le vaste secteur informel qui s'est développé progressivement en parallèle de l'implantation du complexe agro-industriel et des phénomènes d'urbanisation rapide qui ont suivi. Ainsi, 7 ouvriers, principalement coupeurs de canne, employés à la CSS, et 7 travailleurs relevant du secteur informel (impliqués dans le petit commerce, conducteurs de calèche, etc.) ont été retenus pour cette étude.

① Une présentation plus détaillée des informateurs est disponible en Annexe 2 ainsi qu'au début du chapitre *Résultats* (page 58).

D'autres caractéristiques socio-démographiques ont été également prises en compte pour apporter du contraste à l'échantillon, en lien avec le phénomène étudié. Il s'agit de la durée d'installation en milieu d'accueil (arrivée récente depuis moins de deux ans ou installation plus ancienne), l'existence d'un réseau social en milieu d'accueil (famille présente à Richard-Toll) ainsi que le contexte de logement (logé dans la famille ou logé seul ou avec d'autres migrants). L'âge des informateurs (dans la tranche active sexuellement) a également été pris en considération.

L'inclusion des sujets s'est faite selon la méthode dite "par boule de neige" et l'échantillon obtenu n'est en rien aléatoire (Patton, 1990). Beaud (1984), cité par Deslauriers (1991) nous rappelle la définition de l'échantillonnage par boule de neige:

⁴⁰ Ces deux groupes de parents proches qui parlent la langue *Pulaar*, ont été présentés en détail dans le chapitre *Contexte de l'étude* (page 15).

« Une technique qui consiste à ajouter à un noyau d'individus (des personnes considérées comme influentes par exemple) tous ceux qui sont en relation (d'affaires, de travail, d'amitié, etc.) avec eux et ainsi de suite. Il est alors possible de dégager le système de relations existant dans un groupe, qu'un échantillon probabiliste classique, échantillon aléatoire simple par exemple, n'aurait pas permis » (Deslauriers, 1991).

Les informateurs ont été inclus dans l'étude au fur et à mesure de nos visites et de nos rencontres dans les quartiers connus pour être fortement peuplés de travailleurs migrants (migrants de la CSS) ainsi que lors de visites dans les boutiques, marchés et ateliers (migrants du secteur informel). L'échantillon a été constitué de façon délibérée et progressive sur la base d'informations obtenues lors de nos premiers entretiens exploratoires auprès d'informateurs migrants ou de personnes-clé.

5.2. Stratégie de recherche

De par la nature de cette recherche, une grande importance a été accordée à la compréhension du milieu à l'étude afin de garantir non seulement le recueil de données qualitatives valides mais aussi fidélité et rigueur dans l'interprétation des résultats. Deux approches ont été combinées :

▣ **une analyse du milieu dans une perspective écologique**, afin de se familiariser avec ce nouveau terrain, rencontrer les acteurs impliqués, et disposer d'éléments détaillés sur le contexte social, culturel et économique dans lequel se placent les dynamiques migratoires entre le milieu rural et urbain et où interagissent les migrants sur le plan social et sexuel.

▣ **une collecte d'information par entretiens individuels en profondeur auprès de travailleurs migrants Haalpulaar**, laquelle a été enrichie par **un recueil d'information au moyen d'entrevues semi-dirigées auprès d'autres informateurs** (informateurs-clé) rencontrés sur le terrain.

5.2.1. Analyse du milieu

Cette étape cruciale a permis une découverte et une compréhension du contexte à l'étude, et les nombreuses rencontres avec les acteurs de terrain furent, pour nous, l'occasion également de présenter l'étude, d'actualiser et de valider le protocole et d'obtenir un ensemble d'informations diversifiées et pertinentes en regard du sujet étudié. L'analyse du milieu a consisté en une série **d'entretiens individuels informels ou semi-dirigés** avec des personnes-clé⁴¹ de Dakar, Saint-Louis et Richard-Toll impliquées dans les secteurs de la santé et de la recherche, de l'éducation, des ONG et associations oeuvrant dans la lutte contre le VIH/SIDA, ainsi que des

⁴¹ Une grille repère sur les points à aborder au cours des entretiens informels avait été préalablement conçue à Montréal et finalisée sur le terrain.

représentants des collectivités locales et de la communauté (cf. Annexe 3). Ces rencontres furent aussi l'occasion pour nous de réajuster certains choix méthodologiques et d'adapter notre grille de conduite des entretiens. Cette approche a par ailleurs grandement participé à la validation permanente de la méthodologie de recherche.

Des **observations directes** (avec prises de notes) dans divers lieux⁴² et à différentes heures de la journée ont été associées à cette analyse du contexte, pour "prendre le pouls de la ville", mais aussi pour collecter des informations sur les dynamiques sociales et les interactions entre les différents acteurs présents. Ces observations ont permis également de mieux appréhender les conditions de vie et de logement des migrants, le contexte d'entreprise (l'usine sucrière et les travaux dans les champs de canne) et les activités les plus représentatives du secteur informel dans lesquelles étaient impliqués les migrants interviewés, de même que les activités liées au commerce sexuel. Enfin, des observations ont été menées durant les entretiens individuels avec les migrants pour recueillir des données comportementales non exprimées.

Cette première étape diagnostique a été complétée par une **analyse de documents techniques** (annuaires statistiques, rapports de morbidité, plans de développement, etc.).

Tout en nous imprégnant du contexte et de l'objet à l'étude, les liens développés avec les acteurs de terrain ont constitué un précieux atout pour la poursuite de notre travail. A Richard-Toll, ces contacts nous ont grandement aidé dans le repérage d'informateurs migrants, et nous ont permis d'anticiper un certain nombre de difficultés.

5.2.2. Collecte de l'information par entretiens individuels en profondeur auprès des travailleurs migrants

5.2.2.1. Procédures de collecte

La collecte de l'information auprès des travailleurs migrants a été effectuée au moyen d'**entretiens individuels en profondeur et non directifs**, privilégiant le recueil de "**réécits de vie centrés sur l'expérience migratoire et sexuelle**". La conception du protocole de recherche ayant été développée à Montréal, loin du terrain africain, certains ajustements méthodologiques ont été opérés sur place pour renforcer la pertinence et la validité de notre démarche de recherche. Comme le permet la démarche qualitative exploratoire, la trame d'entretien initiale, comportant un certain nombre de questions repères et de dimensions à

⁴² L'observation directe a pris en compte le contexte de travail des ouvriers de la CSS (usine et champs de canne à sucre), les boutiques et ateliers du secteur informel ainsi que les différents lieux de rencontres comme les gargotes, *tangana*, *roukhs*, bars et maisons closes, gare routière, marché et route principale.

aborder, a été réajustée et enrichie sur place, au fur et à mesure de l'avancée du travail avec les informateurs migrants.

Deux entretiens pilotes ont été réalisés pour tester et consolider les guides d'entrevues et participer au rodage de l'équipe (chercheur et co-chercheur/interviewer-interprète). Chaque entretien avec un nouvel informateur a fait l'objet de deux rencontres préalables en vue de faire mutuellement connaissance, présenter le projet (objectifs, méthode, règles d'éthique, utilisation ultérieure du matériel de recherche) tout en s'assurant de la bonne compréhension des enjeux de la recherche par les acteurs, d'obtenir le consentement oral des personnes conformément à la tradition Haalpulaar et de convenir d'un rendez-vous pour un entretien individuel dans un lieu à la convenance de l'informateur lui garantissant confidentialité et anonymat ainsi qu'une atmosphère propice à la discussion sur les sujets sensibles de la sexualité et du VIH/SIDA.

① Le guide d'entrevue peut être consulté en Annexe 4.

Chaque entretien a duré en moyenne, de une heure et demie à deux heures. L'accent a été mis sur la mise en confiance des informateurs dans une atmosphère d'entrevue décontractée, gérée sur le mode de la "discussion entre amis" avec le souci toujours présent de respecter les règles d'éthique. Dans certains cas, et selon les besoins en information complémentaire (décidés après débriefing d'entrevue), un deuxième entretien pouvait être programmé en commun accord avec l'informateur afin d'approfondir certains aspects ou aborder des dimensions jugées essentielles et insuffisamment traitées lors de la première rencontre.

Pour chaque entrevue, des informations relatives à l'atmosphère et aux réactions éventuelles du migrant (gêne, silences, rires, etc.) face à certaines questions ou relances ont été consignées dans la grille de synthèse des transcriptions.

5.2.2.2. Gestion des entretiens, traduction et transcription

Les entretiens ont été menés en langue Pulaar, enregistrés sur Dictaphone, traduits et transcrits intégralement par le co-chercheur/interviewer-interprète issu de la communauté Haalpulaar. Un débriefing après chaque entrevue a permis de faire le point sur son déroulement, de vérifier la pertinence des informations collectées, d'opérer des réajustements éventuels de la grille d'entretien, et de vérifier les dimensions insuffisamment explorées.

La traduction intégrale du contenu des discours des informateurs a été effectuée "à chaud" le jour même de l'entrevue ou le lendemain. Une attention toute particulière a été accordée à la qualité de la traduction en effectuant un contrôle du texte produit en français à partir de la

cassette audio en langue locale. De plus, il nous a été possible de faire saisir sur place le contenu intégral des transcriptions dans *Microsoft Word* par Madame Khady Sidy Faye Sarr, secrétaire de l'Antenne ASBEF de Richard-Toll.

5.2.2.3. Note à propos du co-chercheur/interviewer-interprète

Un des atouts importants ayant contribué à la réussite de notre mission au Sénégal fut la rencontre avec Mohamadou Sall, notre interprète-interviewer et co-chercheur, qui fit preuve tout au long de ce travail avant tout d'un vif intérêt pour le sujet de recherche et aussi d'une très grande disponibilité, de grande qualités humaines, et qui fut notre "guide dans le monde Haalpulaar de la vallée du Sénégal".

Son "double statut", d'appartenance au monde Peul et originaire de la Vallée (ayant grandi à Matam) avec une excellente connaissance du contexte et des cultures locales lui conférant une proximité naturelle de confiance avec les informateurs, tout en ayant un niveau universitaire lui permettant le recul nécessaire, a grandement participé à l'obtention de données valides et fidèles au cours des entrevues. Parallèlement, son statut de personne ne vivant pas dans la région cible de l'étude avait l'énorme avantage, compte tenu du sujet sensible sur la sexualité et le sida, de lui assurer une espèce de "distance de neutralité" et de ne pas être perçu par les informateurs migrants comme une menace pour la confidentialité vis à vis des récits et témoignages intimes qui nous étaient livrés.

De même, dans la conduite des entrevues, son savoir-faire et sa maîtrise de la langue Pulaar ont permis d'aller débusquer les migrants dans leurs retranchements dans des moments plus difficiles, de silence ou de gêne à propos de questions ou de relances sensibles. Son style de communication direct souvent empreint d'humour avait un effet incitatif immédiat et motivait l'interlocuteur. Tout ceci a grandement participé à la richesse et à la qualité de l'information recueillie, d'autant que ce sujet de recherche sensible, sur la sexualité et le sida, était conduit par un chercheur étranger.

5.2.3. Collecte de l'information par entrevues semi-dirigées auprès d'autres informateurs

Il s'agit de personnes-clé rencontrées tout au long de notre travail sur le terrain et dont l'histoire personnelle ou le statut, de même que la richesse et la pertinence de leur discours vis à vis du sujet à l'étude, nous a amené à les revoir régulièrement pour des entretiens d'abord informels avec prise de notes puis semi-dirigés et enregistrés. En parallèle des témoignages

des informateurs migrants, cet apport d'information a été déterminant pour notre compréhension du problème à l'étude et pour la contextualisation des résultats. Il s'agit de:

- F., agente de santé reproductive à base communautaire à l'ASBEF, d'origine Halpulaar;
- F., professionnelle du sexe travaillant en maison close à Richard-Toll, d'origine Halpulaar, officielle, suivie au centre des MST du district sanitaire de Richard-Toll;
- B., vendeur de chaussures (secteur informel), originaire de Dakar, ayant abandonné ses études secondaires en Terminale⁴³ (année du Baccalauréat) pour raisons économiques;
- S., agent technique de l'agriculture à Richard-Toll et alphabétiseur en langue Pulaar.

5.2.4. Les grandes étapes de la recherche

Les tableaux 8 (ci-dessous) et 9 (page suivante) présentent respectivement les principales activités mises en place au cours de ce travail de recherche et l'échéancier de notre mission au Sénégal.

Tableau 8: Organisation du travail de recherche

Rôle	Chercheur	Co-chercheur	Lieu
Rédaction du protocole, revue de littérature, et préparation de la mission au Sénégal	✓		Montréal
Ajustement du protocole et validation, recrutement et formation du co-chercheur interprète et préparation de la mission à Richard-Toll	✓		Dakar
Analyse du milieu à l'étude	✓		Richard-Toll
Repérage et recrutement des informateurs	✓	✓	---
Test des guides d'entrevues (entretiens pilotes)	✓	✓	---
Conduite des entretiens (enregistrement K7 audio)		✓	---
Traduction initiale en français et transcription intégrale d'après cassette audio		✓	---
Débriefing quotidien après entrevue	✓	✓	---
Vérification du matériel (dimensions abordées, concepts émergents, traduction,...)	✓	✓	---
Observation directe (centre-ville et quartiers périphériques, domicile des migrants, etc.)			---
Pré-analyse quotidienne régulière	✓		---
Saisie des Verbatim au format Microsoft Word 97	Secrétaire recrutée sur place		---
Débriefing auprès des équipes de Dakar impliquées dans le projet <i>Mobilité et MST/SIDA au Sénégal</i> et présentation des résultats préliminaires aux stagiaires du PRFFMSR ⁴⁴	✓	✓	Dakar
Rédaction du rapport de mission et diffusion	✓		Montréal
Analyse des données qualitatives	✓		---
Rédaction du mémoire, du rapport final, et diffusion	✓		---

⁴³ Dans le système éducatif laïque du Sénégal, d'inspiration française.

Le travail de terrain s'est déroulé au Sénégal du 29 avril au 4 juillet 1999, et a été divisé en trois périodes:

- ❶ préparation du terrain à Dakar et à Saint-Louis;
- ❷ recherche qualitative à Richard-Toll;
- ❸ débriefing et présentation des résultats préliminaires auprès des équipes de Dakar.

Tableau 9: Echancier de la recherche sur le terrain

Dakar	29 avril – 12 mai 1999
	<ul style="list-style-type: none"> - premiers contacts avec l'équipe du Programme de Formation de Formateurs en Management de la Santé de la Reproduction et les équipes de recherche <i>Mobilité et MST/SIDA au Sénégal</i> - présentation et validation locale du protocole de recherche - organisations impliquées dans la recherche et la lutte contre le sida au Sénégal (PNLS, CCISD, ENDA,...) - recrutement de l'interprète assistant - élaboration d'une grille repère pour les entretiens avec les personnes-clé - préparatifs de mission vers le site d'étude
Saint-Louis	13 – 17 mai 1999
	<ul style="list-style-type: none"> - rencontres avec les acteurs de terrain (Région et District sanitaire de Saint-Louis, ASBEF,...) - présentation du protocole de recherche - formation/sensibilisation de l'interprète
Richard-Toll	18 mai – 25 juin 1999
	<ul style="list-style-type: none"> - analyse du milieu ("s'imprégner du contexte") - présentation du projet aux autorités sanitaires, ONG locales,... - entretiens informels auprès des personnes-clé - ajustements du protocole - repérage des informateurs migrants, constitution de l'échantillon - test des guides d'entretien auprès de deux travailleurs migrants - entretiens individuels en profondeur auprès de travailleurs migrants - recrutement-formation de la secrétaire pour la saisie des Verbatim sur <i>Word 97</i> - observation directe - pré-analyse des entretiens
Dakar	26 juin – 4 juillet 1999
	<ul style="list-style-type: none"> - pré-analyse (suite) - compte-rendu auprès des équipes du projet <i>Mobilité et MST/SIDA au Sénégal</i> - communication <i>Impressions de terrain et résultats préliminaires</i> aux équipes de recherche et aux stagiaires du Programme de Formation en Management de la Santé de la Reproduction

5.2.5. Matériel recueilli

Le matériel obtenu est issu de différentes sources:

- ☐ 14 *Verbatim*⁴⁵ (transcription intégrale d'après cassette audio) des entretiens individuels en profondeur avec les informateurs migrants;
- ☐ 4 *Verbatim* d'entrevues semi-dirigées et notes prises au cours des entretiens informels avec les personnes-clé (cf. Annexe 3);
- ☐ Notes de terrain issues de notre observation directe;

⁴⁴ Programme régional de formation de formateurs en management de la santé reproductive (FNUAP, UdeM)

⁴⁵ Rappel: 12 verbatim ont été retenus pour l'analyse qualitative

- ☒ Mémos de pré-analyse qualitative;
- ☒ Photographies prises à Richard-Toll et dans les environs;
- ☒ Journal de bord, "la mémoire de nos choix et procédures".

5.3. Analyse des données

5.3.1. Pré-analyse sur le terrain

En recherche qualitative, l'analyse peut commencer très tôt sur le terrain pendant la collecte des données. Dans ce travail, nous avons privilégié dès le début le maintien d'un contact étroit et permanent avec le matériel de recherche, matériel suscité puisqu'il est le résultat d'interactions entre les informateurs, le co-chercheur/interviewer-interprète et le chercheur.

La pré-analyse régulière a consisté en une "immersion préalable dans le matériel" par lecture approfondie des transcriptions manuscrites et traduites en français, tout en repérant les dimensions significatives et en consignait nos premières impressions et intuitions dans des mémos. Effectuée en parallèle des débriefings après chaque entrevue, la pré-analyse permettait de réajuster éventuellement les dimensions à explorer et d'améliorer les techniques d'entrevue.

Cette étape a participé à la validation de notre démarche qualitative et a permis de faire émerger un premier niveau de connaissances.

5.3.2. Cadre général d'analyse

La recherche qualitative s'intéresse plus à la signification des phénomènes sociaux qu'à leur fréquence, et l'analyse a pour objet de fournir une synthèse explicative des informations recueillies qui servira à l'élaboration de schémas conceptuels et à l'émergence de nouvelles hypothèses de recherche ou de propositions théoriques. A la différence de l'analyse quantitative linéaire, l'analyse qualitative se réalise selon un processus cyclique ou itératif avec des va-et-vient entre les différentes composantes (Tesch, 1990; Huberman et Miles, 1991, 1994; Creswell, 1998).

Notre cadre d'analyse (cf. Figure 5, en fin de chapitre) repose en grande partie sur l'approche méthodologique préconisée par Huberman et Miles (1991, 1994), laquelle a été enrichie d'un certain nombre de propositions émises par d'autres auteurs (Tesch, 1990; Lévy, 1997; Van Der Maren, 1996, 1998; Creswell, 1998). L'approche mixte de Miles et Huberman nous a séduits car le phénomène étudié est cerné selon ses composantes fondamentales, et comme le fait remarquer Laperrière (1997a) :

« Renvoyant dos à dos les positivistes et les phénoménologues radicaux, Miles et Huberman optent pour une perspective épistémologique mixte où sont reconnus à la fois, l'objectivité du monde social et ses régularités ainsi que le rôle central qu'y jouent les significations construites par les acteurs sociaux » Laperrière (1997a).

Pour Huberman et Miles (1994), l'analyse des données qualitatives passe par trois grandes étapes: la condensation des données, le traitement des données (ou gestion, organisation et présentation des données), et l'interprétation et la vérification des conclusions. A la lecture de ces auteurs et suite à nos apprentissages en recherche qualitative à l'UdeM, nous avons utilisé le cadre d'analyse suivant :

1) Condensation des données

Pour Huberman et Miles (1991), « *la condensation des données renvoie à l'ensemble des processus de sélection, centration, simplification et transformation des données brutes figurant dans les transcriptions des notes de terrain* ». Tout au long du processus d'analyse, d'autres phases de condensation vont suivre comme le codage, les résumés, le repérage de thèmes, le regroupement de catégories, et la rédaction de mémos,... Dans cette phase de déconstruction des données empiriques, nous avons combiné deux types d'analyse de contenu, l'**analyse verticale**, à laquelle a été associé le **codage des unités de sens**, et l'**analyse transversale** pour vérifier les correspondances et les regroupements possibles entre les rubriques de codes, et voir se dessiner certains profils (Tesch, 1990; Van der Maren, 1998).

2) Traitement des données

Pour Huberman et Miles (1991), « *le format de présentation signifie un assemblage organisé d'informations qui permet de tirer des conclusions et de passer à l'action* ». On va réduire l'information complexe en configurations simplifiées immédiatement accessibles (matrices, graphiques ou diagrammes).

3) Interprétation des données qualitatives, et élaboration/vérification des conclusions

Les conclusions, « *de plus en plus explicites et enracinées* » (Glaser et Strauss, 1967 cité par Huberman et Miles, 1991) vont émerger progressivement en identifiant les tendances, les explications possibles, les propositions et les flux de causalité.

5.3.3. L'analyse qualitative soutenue par l'utilisation du logiciel *Atlas-ti* 4.2



Disposant de 12 Verbatim d'entrevues à analyser de 15 à 25 pages chacun, il nous a semblé justifié de s'appuyer à cette étape de la recherche sur un logiciel d'analyse de données qualitatives. Néanmoins, nous n'avons pas succombé immédiatement aux charmes d'*Atlas-ti*, et nous avons privilégié une longue phase d'immersion dans le matériel tout en avançant dans l'analyse verticale réalisée au moyen de la méthode traditionnelle par lectures répétées et repérage des unités de sens à la main sur le papier avec surligneur. Une façon également de mieux appréhender cette méthodologie de recherche nouvelle pour nous. Quand l'immersion dans le matériel nous a paru satisfaisante, nous avons basculé vers l'analyse logicielle afin d'effectuer un codage plus approfondi et poursuivre les étapes ultérieures d'analyse.

Notre choix s'est naturellement porté sur un logiciel qui privilégiait une approche ouverte et intuitive, et *Atlas-ti* nous a semblé correspondre à nos attentes. Outil très visuel, il permet de rester proche du matériel de recherche, une de nos préoccupations constantes durant ce travail. Signalons que la conception de ce logiciel repose en grande partie sur la méthode de la *Théorisation ancrée* (Strauss et Corbin, 1997; Scientific Software Development's, 1997). Le *WISE* principe, *Visual Integration Serendipity Exploration* est à la base du concept du logiciel *Atlas-ti*.

«**Visualization:** Use adequate tools for handling complexity and stay focused on the data; **Integration:** Bundle all relevant data and interpretations into a unique project: the "Hermeneutic Unit"; **Serendipity:** Make relevant discoveries without searching...; **Exploration:** Traverse the "interpretative threads" between data, codes, and memos » (Scientific Software Development's, 1997).

Si l'analyse du matériel avec *Atlas-ti* nécessite un investissement en temps assez important, notamment au niveau de l'étape de codage, la convivialité du logiciel et son caractère intuitif ouvert à la découverte permettent par la suite de bénéficier des nombreuses fonctionnalités qu'il offre, comme le recul pour l'interprétation au moyen d'une plate-forme très visuelle fonctionnelle et interactive qui permet de combiner les citations, les rubriques de codes, les mémos⁴⁶ théoriques conçus tout au long de l'analyse et les réseaux⁴⁷ (cf. Figure 4, page 52). Mais il faut garder présent à l'esprit que, si le logiciel permet un gestion plus efficace des données, c'est le chercheur qui fait l'analyse et qui interprète les données.

⁴⁶ Les mémos sont des petits fichiers textes, véritables *Post-it*, que l'on peut associer à divers éléments (citation, code ou réseau) ou laisser libres. Ils sont consultables à tout moment, et très utiles pour fixer des intuitions, des pistes théoriques suscitées par le matériel ou des éléments descriptifs pour la contextualisation ultérieure lors de l'interprétation.

⁴⁷ Il s'agit d'un premier niveau de propositions théoriques de mise en relation entre les dimensions émergentes.

5.3.4. Les étapes de l'analyse qualitative

En vieux routard de l'analyse qualitative, Patton (1990) résume fort justement l'itinéraire long et complexe dans lequel s'aventure le chercheur :

« Analysis brings moments of terror that there's nothing there and times of exhilaration from the clarity of discovering ultimate truth. In between are long periods of hard work, deep thinking, and weight-lifting volumes of material » (Patton, 1990).

5.3.4.1. Condensation des données

A Montréal, la reprise de contact avec le matériel a comporté de nouvelles lectures pour analyser les contenus des Verbatim. Et comme le suggèrent de nombreux auteurs qualitatifs, il était essentiel de bien s'immerger dans le matériel de recherche et d'avoir une vue d'ensemble approfondie de l'information recueillie. Cette phase a consisté en "**lecture, relecture et re-relecture**" pour découvrir et redécouvrir pas à pas et sous de nouveaux angles les contenus des entretiens avec les informateurs (Deslauriers, 1991).

Nous avons construit notre démarche de codage selon les quatre principes énoncés par Van der Maren (cité par Lessard-Hébert *et al.*, 1996). Nous avons procédé à une première phase de déconstruction des données en repérant et isolant les passages significatifs ou **unités de sens** auxquels on a appliqué un code (cf. Figure 4, page suivante). Les unités ou noyaux de sens peuvent être définies comme "des énoncés possédant un sens complet en eux-mêmes" (Deslauriers, 1991). Dans cette approche de type exploratoire, le **codage mixte** a été privilégié au moyen d'une grille de rubriques construite au rythme de la progression de l'analyse avec ajouts en fonction de la découverte de nouvelles unités de sens. Ceci a permis de s'adapter à l'évolution de l'étude et d'enrichir la compréhension de la situation à analyser (Van der Maren, 1998). Dès le début de l'analyse, un lexique précisant les conventions et les règles sous-jacentes au codage a été défini. Le codage effectué nous a paru répondre aux critères d'efficacité, en étant assez discriminant et réalisé de façon standardisée.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Documentation précise des conventions et règles de codage; 2. Respect de la consistance de base et cohérence dans l'application des règles de codage; 3. Maintien de la correspondance avant et après codage 4. Non débordement des formats originaux <p>Van der Maren (cité par Lessard-Hébert <i>et al.</i>, 1996).</p> |
|---|

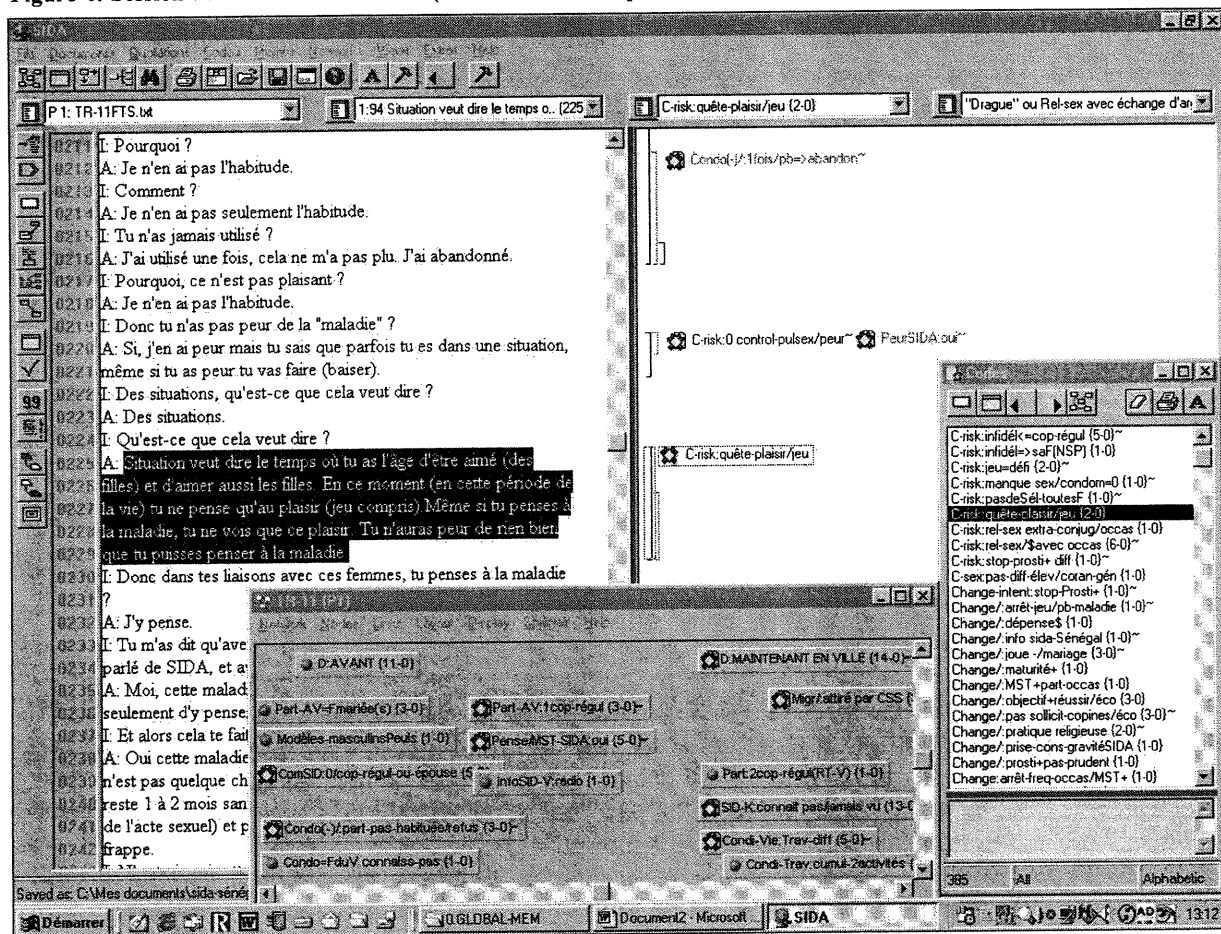
Les unités de sens repérées comme éléments significatifs ont été progressivement regroupées en **catégories**, sorte de "dénominateur commun", en se basant sur des similitudes entre les données. Si le code est plus proche du témoignage de l'informateur, la catégorie, elle, est plus conceptuelle. Dans cette étape de condensation des rubriques de codes en familles ou **catégories conceptuelles**, le processus d'analyse esquisse les bases utiles pour l'interprétation

des données, en identifiant certaines tendances dans les comportements, les perceptions ou dans les déterminants sociaux, culturels, économiques du phénomène étudié.

Cette démarche à la fois de création, d'interprétation et d'induction a permis de développer et d'enrichir la liste initiale de rubriques et de catégories conceptuelles (cf. Annexe 5). Et dans ce travail, le principe de saturation a été appliqué:

« C'est par une formulation constante des catégories conceptuelles, de leurs propriétés et de leurs relations, jusqu'à ce qu'elle rende compte de l'ensemble des données empiriques et qu'aucune données nouvelles ne viennent plus les contredire » (Laperrière, 1997b).

Figure 4: Session de travail dans Atlas-ti (fenêtres de transcription, codage, réseau, liste de rubriques de codes)



Au total, cette étape a permis de questionner le matériel, de repérer et structurer l'ensemble des dimensions émergentes du discours des informateurs. Elle a permis également de tester la cohérence et la stabilité du codage. Et les informations jugées non significatives (segments de texte non retenus pour le codage) ont constitué le matériel résiduel.

5.3.4.2. Traitement des données

L'analyse se poursuit par une étape de structuration, d'organisation, de mise en relation et de présentation sur un mode graphique. Les hypothèses émergentes et les intuitions apparues au cours de la recherche sont alors représentées. Cet examen des données permet également de se prononcer quant à la fidélité (vraisemblance) et à la validité (pertinence) de notre codage et des données obtenues. L'analyse permet d'aborder les données sous un nouvel angle, et de mettre en évidence des relations, à travers d'une part les traits communs et généraux (éléments qui se répètent ou se ressemblent), et les structures qui peuvent être dégagées des données. Ces caractéristiques permettront de différencier ou d'associer les catégories les unes par rapport aux autres selon différents critères de relation (inclusion, exclusion, recouvrement) et de traits (proximité, forme, structure, fonction, etc.). La mise en réseau présente l'avantage de structurer, dans un espace visuel réduit, l'ensemble des informations et de tirer ultérieurement des conclusions (Huberman et Miles, 1994).

La décontextualisation nous permet d'aborder les données sous un nouvel éclairage et nous avons privilégié, très tôt, une représentation graphique des rubriques (codes) et des catégories afin de visualiser certaines tendances intra-informateur. Cette analyse visuelle par réseaux (option *Networks* d'*Atlas-ti*) a été poursuivie sur un mode transversal inter-informateur, qui tout en aidant au repérage de liens entre rubriques et catégories conceptuelles, a permis de dégager certains profils dans les perceptions des migrants, leurs comportements sexuels ou l'influence de certains déterminants socio-économiques ou culturels.

Tout au long du processus d'analyse, nous avons effectué des retours fréquents vers le matériel⁴⁸, garantissant ainsi un bon rapport des données au réel.

5.3.4.3. Interprétation des résultats et validation

C'est le stade où l'on fait parler le matériel et ses différents niveaux de significations. La réalité est reconstruite en produisant une synthèse des informations recueillies (Patton, 1990; Huberman et Miles, 1991). Le procédé inductif permet tout au long de la recherche qualitative d'émettre des hypothèses et de formuler des propositions théoriques. Là encore, la rédaction de mémos est très utile pour la construction progressive de l'interprétation des résultats émergents. L'interprétation est un long processus qui s'opère par vagues successives et où l'on procède avec des confrontations entre les mémos de synthèse et les mémos théoriques, les intuitions qui se dégagent et les profils repérés, et qui vont permettre de valider et renforcer ou

⁴⁸ Par matériel, on entend ici les transcriptions des entrevues et le contenu des discours des informateurs.

invalider et rejeter les différentes propositions théoriques. Patton (1990) nous remet en mémoire que:

« The challenge is to make sense of massive amounts of data, reduce the volume of information, identify significant patterns, and construct a framework for communicating the essence of what the data reveal (...) There are no formulas to determine significance. There are no ways of perfectly replicating the researcher's analytical thought processes. There are no straightforward tests for reliability and validity. In short, there are no absolute rules except to do the very best with your full intellect to fairly represent the data and communicate what the data reveal given the purpose of the study » (Patton, 1990).

Là encore, *Atlas-ti* nous apporte une aide précieuse en nous permettant de travailler sur des données complexes sans perdre le contact avec le matériel de recherche. Et il faut signaler, qu'à cette étape de la recherche, une de nos principales préoccupations a été l'ancrage de l'interprétation des données qualitatives dans la réalité sociale de la vallée du Sénégal et du monde Haalpulaar. La richesse des informations obtenues durant l'analyse du contexte a grandement participé à la validité de l'interprétation des résultats.

5.3.5. Qualité des données et respect des critères de scientificité

① Cet aspect a été pensé et explicité dès la conception du protocole de recherche mais afin d'éviter les répétitions, il est abordé dans le chapitre *Discussion- Points forts, et Limites de l'étude*. Et pour faire patienter le lecteur, voici une réflexion à méditer, encore et encore:

« Because each qualitative study is unique, the analytical approach used will be unique. Because qualitative inquiry depends, at every stage, on the skills, training, insights and capabilities of the researcher, qualitative ultimately depends on the analytical intellect and style of the analyst. The human factor is the great strength and the fundamental weakness of qualitative inquiry and analysis » (Patton, 1990).

5.4. Aspects éthiques et état d'esprit sur le terrain

Dans ce travail, nous avons constamment veillé au respect de certaines règles d'éthique primordiales comme la présentation détaillée et explicite de la recherche et de ses enjeux à chaque participant. De même, l'obtention du consentement oral de l'informateur avant chaque entretien, conformément à la tradition Haalpulaar, et la garantie du maintien de l'anonymat et de la confidentialité ont été assurés. L'écoute active et le respect des personnes interviewées ont été un des principes privilégiés dans la conduite de tous les entretiens individuels sur le terrain. Nous espérons que ce respect s'est également traduit dans la validité de nos résultats, conclusions et interprétations.

Tout au long de ce travail, l'état d'esprit sur le terrain a été de privilégier une démarche participative où l'informateur était davantage considéré comme faisant partie d'un groupe de coproduction d'information et de connaissance ancrées dans les réalités locales.

5.5. Difficultés et biais anticipés

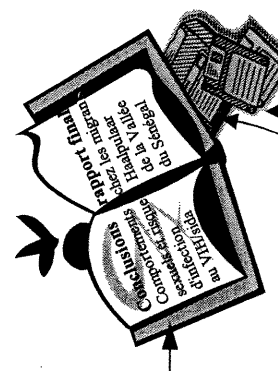
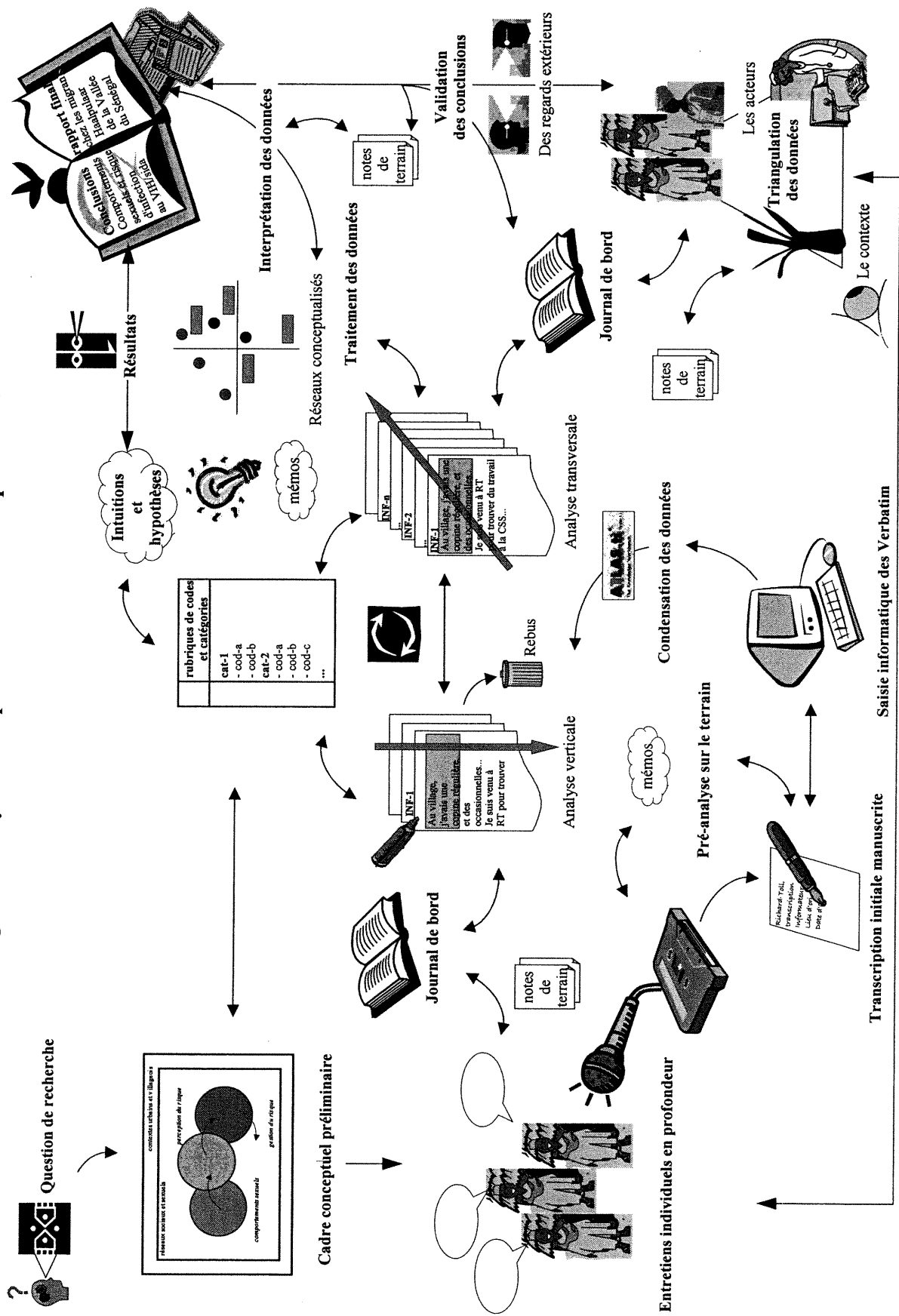
La sensibilité du sujet a nécessité une approche souple et une recherche constante de la qualité basée sur la proximité et la confiance établie dans les rapports entretenus avec les informateurs migrants et les personnes-clé. Nous avons attaché une grande importance à la sélection et la sensibilisation/formation du co-chercheur/interviewer-interprète.

Du fait de la grande diversité ethnique qui caractérise la région de Richard-Toll et afin d'éviter les difficultés et les biais possibles d'interprétation liés à la présence d'individus issus de groupes ethniques et de cultures très différentes, nous avons fait le choix de nous intéresser au groupe Haalpulaar, dont la représentation est majoritaire avec les Wolofs. Ce groupe est aussi très impliqué dans la migration interne à Richard-Toll, et les Haalpulaar sont majoritaires à la CSS parmi la catégorie des travailleurs migrants coupeurs de canne.

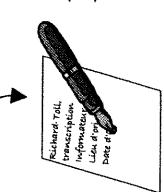
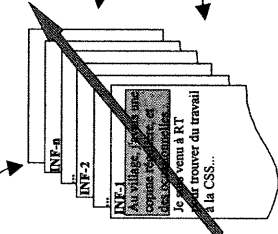
Il est incontestable qu'une des grandes limites pour ce type de travail est la courte durée de séjour sur le terrain (deux mois). Néanmoins, nous expliquons au chapitre *Discussion* comment nous pensons avoir contourné ou résolu un certain nombre d'obstacles.

Parallèlement, notre méconnaissance de la région pouvait entrer en conflit dès le départ avec notre souci de réaliser un travail rigoureux et d'obtenir des données valides et fidèles. Aussi, au delà de nos apprentissages à l'UdeM, nous avons soigneusement préparé notre terrain de recherche en rencontrant à Montréal, avant de prendre la route pour l'Afrique, plusieurs personnes-clé dans les domaines de la recherche sur les MST/VIH/SIDA (A. Adrien, E. Nonn, et V. Leaune), de la recherche qualitative (R. Lévy, J.M. Van der Maren, et S. Gendron), de l'anthropologie en milieu africain (G. Bibeau) et en maintenant également des contacts étroits avec nos directeurs de recherche (V. Piché et P. Fournier) tout en s'immergeant « *et en essayant de ne pas s'y noyer!* » dans la vaste littérature disponible sur le sujet. ■

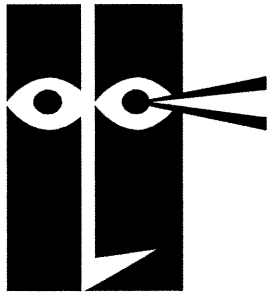
Figure 5: Analyse et interprétation des données qualitatives



rubriques de codes et catégories	
cat-1	- cod-a
	- cod-b
cat-2	- cod-a
	- cod-b
	- cod-c
	...



6. Résultats



*« La parole est un fruit dont
l'écorce s'appelle bavardage,
la chair éloquence et le noyau
bon sens ».*

Amadou Hampâté Bâ (1998)

6.1. Présentation et interprétation des résultats

Ce chapitre est organisé en trois volets: **comportements sexuels et situations à risque, gestion du risque et perception du risque de sida.**

En introduction, et pour mieux faire connaissance, nous présentons les informateurs interviewés, leurs conditions de vie avant de quitter le village et leurs motifs de migration vers la ville. En parallèle de cette approche descriptive des comportements sexuels, attitudes et perceptions des migrants face au risque de sida, nous essayons de rendre compte des logiques sous-jacentes à travers les principales dimensions ou catégories significatives qui émergent de ce travail d'analyse qualitative.

① Nous encourageons le lecteur à faire des va-et-vient vers le tableau de rubriques et de catégories issues de l'analyse qualitative (Annexe 5) afin de se familiariser avec les dimensions émergentes de l'étude.

① Le lecteur qui souhaite disposer de notions sur la perception du risque de sida avant d'aborder la question des comportements sexuels et de la gestion du risque peut se rendre à la page 97.

6.1.1. Les travailleurs migrants interviewés

6.1.1.1. Mieux faire connaissance avec nos informateurs

① Afin de respecter l'engagement éthique relatif au maintien de l'anonymat de nos informateurs, dans des sujets sensibles comme la sexualité et le VIH/SIDA, nous avons fait le choix de ne pas utiliser ni initiales, ni prénoms mais le système de présentation INF-1, INF-2, INF-3... *Nous avons perdu en convivialité mais gagné en confidentialité.*

Avant d'aller plus loin, intéressons-nous aux caractéristiques des douze informateurs migrants interviewés pour cette étude (cf. Annexe 2). Il s'agit d'hommes âgés de 20 à 39 ans, d'origine Haalpulaar (Peul et Toucouleur) issus principalement des villages de la Moyenne vallée du Sénégal, le *Fouta Toro* et du delta du fleuve. La moitié d'entre eux sont célibataires et les autres, mariés non accompagnés de leur épouse⁴⁹, avec une date d'arrivée en ville qui s'étale de 1979 à 1998 pour les plus récents. Six migrants occupent un emploi d'ouvrier à la compagnie sucrière, principalement coupeurs de canne. Les autres exercent une activité dans le secteur informel, comme vendeur ambulancier, conducteur de calèche, boutiquier ou *tangana*⁵⁰. Ces hommes habitent seuls ou sont logés dans leur famille directe ou élargie et résident pour la plupart dans les quartiers périphériques de Khouma, Campement ou dans le quartier Escale du centre-ville. Le niveau d'instruction de ces hommes est assez bas, et si l'on se réfère au nombre d'années suivies dans l'enseignement laïque en français, il ne dépasse pas le primaire (CM2 pour les plus avancés)⁵¹. Cependant, plusieurs ont suivi un enseignement religieux assez poussé pouvant atteindre une dizaine d'années d'études coraniques.



⁴⁹ Un seul des informateurs, installé à Richard-Toll depuis 1992 a été rejoint par sa femme au bout d'un an et demie de séjour en ville.

⁵⁰ Rappel: petit commerce de rue (table à l'extérieur) où l'on peut prendre un petit-déjeuner ou un repas léger.

⁵¹ CM2: Cours moyen 2^{ème} année, dans l'enseignement public laïque d'inspiration française.

6.1.1.2. La vie au village avant de migrer, et les motifs de départ

Dans l'ensemble, les informateurs étaient impliqués dans des activités familiales d'agriculture de décrue, ou dans les périmètres irrigués avec le travail des rizières. Parmi le sous-groupe Peul, les hommes s'occupaient traditionnellement de garder les troupeaux.

*INF-5 (8): « **La vie au village est difficile. C'est essentiellement l'agriculture qui nous occupe lorsque vient l'hivernage (la saison pluvieuse). Mais nous cultivons aussi pendant la saison sèche. Nous avons aussi des rizières. Donc le matin, je vais travailler aux champs. Quand je reviens des champs, je me repose ou je joue au football. Là-bas, j'avais aussi une charrette, j'allais couper du bois de chauffe que j'allais vendre dans un village qu'on appelle Odobéré. Tous les jeudis lorsque je n'allais pas aux champs, j'allais chercher du bois de chauffe. C'étaient là mes activités au village.** »*

*INF-6 (4): « A Haéré Lao, avant que je ne vienne ici, j'étais élève coranique⁵². J'ai appris le Coran pendant environ 12 ans. Ensuite j'ai abandonné l'apprentissage du Coran et j'ai commencé à travailler dans le village. J'avais une charrette, c'est mon grand frère qui l'avait achetée et je l'utilisais pour travailler. Après quoi, nous avons vendu la charrette. **Tu sais que ce n'est pas facile de quitter son village, mais finalement je suis venu ici.** »*

*INF-7 (4): « Au village de Pathé Bagio, je peux dire que **je n'avais presque pas de travail, mon unique travail consistait à la surveillance des troupeaux, j'étais berger.** »*

INF-4 (4): « Là-bas je ne faisais que cultiver, c'était mon seul métier. »

Pour beaucoup, partir, c'est "ne pas fatiguer sa famille" mais aussi quitter des conditions de vie difficiles ou encore s'échapper de l'inactivité et de la monotonie du village. Alors, on essaie d'aller gagner sa vie dans les "térou⁵³". Et puis, il y a la compagnie sucrière qui attire, alors on va tenter sa chance car en décrochant un emploi de coupeur de canne pour une saison de novembre à juin, c'est neuf mois de salaire garanti.

*INF-10 (76): « Au village, j'avais une charrette qui appartenait à quelqu'un d'autre. Je coupais du bois que j'allais vendre. **J'ai examiné mon travail à Woyndou Samba et je me suis dit qu'à Richard-Toll, je pouvais trouver un travail à la CSS. Je suis donc venu et mon père m'a aidé.** »*

INF-7 (100): « J'étais au village avec mon père, mon grand-frère et ma mère et je m'occupais du troupeau. Entre temps, l'année dernière la CSS avait besoin de travailleurs, ma sœur qui est ici à Richard-Toll m'a demandé de venir. Je suis donc venu et j'ai été recruté. »

*INF-9 (06): « A Dimat, j'aidais mon père dans les champs. Les champs existent toujours et mes frères y travaillent (petits frères). **J'y travaillais, mais ensuite je n'en pouvais plus, j'ai décidé de migrer. J'ai laissé aux "boys" (petits frères) le soin d'aider le "pa" (le père).** »*

⁵² *Sannda*: terme pulaar pour désigner un jeune homme qui étudie le Coran.

⁵³ Les centres urbains.

INF-2 (74): « *J'ai quitté mon village Haéré pour aller chercher quelque chose en ville (pour gagner quelque chose)* ».

INF-1 (12): « *Ici, à Richard-Toll, j'ai un "weutir" (calèche). Cela m'évite de rester à ne pas travailler. Si j'ai besoin de quelque chose, je ne fatigue personne, c'est à la sueur de mon front* ».

INF-11 (85): « *Au village, ce que je gagnais, je peux dire que ça suffisait comme aussi je peux dire que ça ne suffisait pas. Si je dis que ça suffisait, c'est un mensonge, et si je dis que ça ne suffisait pas, c'est aussi un mensonge. Parce qu'avec ce que j'avais, je me comportais comme les anciens, je pouvais me contenter de vivre là-bas. A garder les troupeaux et cultiver, mais l'œil voulait regarder devant (mon désir était d'émigrer pour gagner ma vie) parce que ce dont je disposais (bétail, terres) est toujours là-bas* ».

6.1.2. Comportements sexuels et situations à risque

Remarque préliminaire: Sur un plan descriptif, les données recueillies dans cette étude ne laissent pas apparaître de tendance ou profil particulier dans le domaine des comportements sexuels et de la prise de risque selon les variables stratégiques socio-démographiques ayant servi à apporter du contraste à l'échantillon. Ainsi, quelque soit l'appartenance ethnique (Peul ou Toucouleur), la présence ou non de membre(s) de la famille (élargie) à Richard-Toll, le fait de loger seul en ville (ou avec d'autres migrants) ou dans la famille, et le statut marital, il n'a pas été observé de différence dans les niveaux de risque des informateurs migrants⁵⁴. Cependant, dans les limites de ce travail, il ressort que les migrants impliqués dans des activités liées au secteur informel adoptent des comportements sexuels plus à risque que leurs homologues travaillant à la CSS.

L'arrivée en milieu urbain amène de grands changements dans le cadre de vie et de nouveaux schémas relationnels pourront voir le jour. Depuis leur arrivée en milieu urbain, beaucoup reconnaissent avoir changé dans le sens d'une intensification et une diversification de leur activité sexuelle notamment en s'engageant dans des relations avec des partenaires occasionnelles ou en ayant recours aux travailleuses du sexe. Si les scénarios sexuels semblent se complexifier à travers des modalités de négociation et de sélection des partenaires souvent élaborés, il apparaît que les comportements sexuels des migrants ne restent pas figés et évoluent dans le temps sous l'influence de facteurs contextuels ou en fonction des étapes particulières de leur trajectoire de vie.

⁵⁴ Niveaux de risque estimés de façon indirecte par les discours relatifs au comportement sexuel à risque ou à l'adoption de pratiques sécuritaires.

6.1.2.1. Multipartenariat sexuel

6.1.2.1.1. De nouveaux schémas relationnels en ville

La ville de Richard-Toll conjugue une configuration et une atmosphère ambiante favorables aux rencontres. Son identité multiple de "ville carrefour", de complexe agro-industriel, de ville frontalière avec la Mauritanie, de ville étape sur l'axe Saint-Louis/Bakel la rend attractive pour plusieurs catégories de personnes se déplaçant pour des motifs variés. Dans ce nouvel espace de vie, le migrant va construire ou adapter son cadre relationnel, et ces nouveaux choix vont s'opérer en fonction d'opportunités présentes. Si certains maintiennent des relations étroites et fidèles avec leur partenaire, épouse ou copine régulière restée au village, la plupart vont s'aventurer dans une diversification de leur réseau sexuel en combinant plusieurs choix. En s'intéressant aux scénarios dans lesquels s'engagent les migrants, force est de constater une grande diversité de situations et d'expériences qui viennent enrichir leurs trajectoires sociales et sexuelles.

<i>gerde</i> : bavarder, approcher (dans le sens de faire la cour) <i>sorbude</i> : créer une relation <i>fiide</i> : "frapper", jouer (avoir un rapport sexuel)
--

INF-11 (405): « Le "jeu" est répandu à Richard-Toll, car il y a un grand brassage de personnes et les personnes n'ont pas les mêmes comportements et on dit que là où il y a un brassage, on trouve des personnes très positives comme on y trouve des personnes négatives ».

6.1.2.1.2. Un multipartenariat de forme et de degrés divers

a) Diversité des scénarios sexuels

Si pour plusieurs migrants la quête d'une partenaire en qui l'on a confiance semble une préoccupation constante, la majorité des hommes interviewés, avec les diverses possibilités de rencontres qu'offre la ville de Richard-Toll, s'engagent ou poursuivent des relations avec des partenaires multiples. A travers les expériences des migrants, se dessinent plusieurs profils de scénarios sexuels dans le choix des partenaires et les styles de relation. Ainsi, il est possible de dégager plusieurs tendances de schémas relationnels:

- célibat sans partenaire actuellement;
- juxtaposition d'une relation avec l'épouse ou la copine régulière restée au village, et une relation stable en ville avec une nouvelle partenaire "fixe";
- rencontres avec des partenaires occasionnelles à Richard-Toll ;
- multipartenariat complexe où pourront se combiner une relation avec la partenaire régulière et des rencontres occasionnelles dans le réseau des partenaires potentielles;
- recours à la prostitution officielle dans les bars ou les maisons closes, et/ou choix de s'engager dans des relations sexuelles rétribuées dans le vaste domaine de la prostitution informelle ou clandestine;

- et pour ceux qui effectuent des visites régulières vers le village d'origine, les profils précédents s'accompagnent souvent d'expériences occasionnelles dans le cercle des anciennes connaissances.

Parmi ces tendances, arrêtons-nous un instant sur trois profils fréquemment retrouvés dans les choix de scénarios sexuels des informateurs migrants.

1) Le maintien du statut de célibataire avec recours ponctuel à la prostitution officielle ou informelle. Ce choix, délibéré pour certains, s'inscrit dans une attitude où dominent des motivations d'ordre économique liées à de fortes aspirations de réussite dans le projet migratoire actuel.

2) D'autres évoquent leurs difficultés pour trouver à Richard-Toll, une partenaire fiable en qui l'on peut mettre sa confiance pour une relation stable et durable. C'est dans ce contexte de vulnérabilité liée à l'isolement affectif et sexuel que va se manifester l'influence des pairs sous la forme de sollicitations pour sortir, de présentation de partenaires potentielles ou d'incitations à fréquenter les travailleuses du sexe. Certains résistent plus ou moins à ces formes de sollicitations, et comme INF-3 nous l'explique, "son cœur refuse".

INF-3 (142): « Je recherche une copine mais, pour l'instant je n'en ai pas encore trouvé. En tout cas une de sûre (au sens de régulière). Il y a des filles qu'on me propose mais que mon cœur refuse, après je dis seulement à ces filles on verra. Mais je n'ai pas encore identifié une fille (...) En fait moi, c'est que je ne parviens à trouver quelqu'une qui m'aime et que j'aime. La majeure partie des filles ici est mue par l'intérêt ».

Par ailleurs, certains sont conscients des profonds changements sociaux et du grand libertinage qui caractérisent le milieu urbain.

INF-4 (329): « Tu sais les copines, elles ont entre deux et trois copains, donc il faut que tu utilises les capotes pour préserver ta santé mais parce qu'aussi beaucoup de problèmes peuvent survenir ».

Maintenons le suspense, nous verrons dans un prochain chapitre, ce que craint INF-4.

Bien souvent, en parallèle de la relation maintenue avec la copine régulière du village, à laquelle il rendra visite selon des périodicités variables, le migrant va s'engager dans une nouvelle relation avec une deuxième partenaire régulière en ville.

INF-10 (315): « En ce moment j'ai deux copines, celle qui vient du village et celle qui est là ».

3) Les schémas précédents peuvent se complexifier quand les interviewés évoquent le recours à des partenaires occasionnelles. Plusieurs migrants vont adopter une attitude opportuniste, ouverte aux possibilités qu'offre leur nouveau contexte de vie, ou leur nouveau statut - ouvrier

à la CSS ou acteur du secteur informel - leur permettant d'accéder à des revenus réguliers. Il en résulte bien souvent, une activité sexuelle intense qui s'accompagne d'un réseau de partenaires assez étendu. INF-1 évoque la facilité pour négocier avec les femmes.

INF-1 (138): « Ici aussi j'ai une copine, mais celle qui est ici je n'ai pas voulu "jouer" avec elle (coucher) celle là je veux l'épouser. Mais, j'ai d'autres copines, si je veux. C'est facile, quand je travaille avec mon weutir⁵⁵ (calèche), si je vois des habituées, des connaissances, je les arrête et je bavarde avec elles. Quand elles acceptent, je peux les emmener ensuite chez un ami qui me prête sa chambre ».

Extraits de conversation avec INF-2 (335): « I: Est-ce que ta régulière a d'autres liaisons ? M: Je ne sais pas car même si elle en avait, elle ne m'en parlerait pas. I: Mais tu penses quand même qu'elle a d'autres liaisons ? M: Oui je le pense, mais je ne les vois pas. I: Est-elle Wolof ou Pulaar ? M: Elle est Pulaar, et "torodo" (noble). I: A-t-elle été mariée ? M: Oui. I: L'emmènes-tu chez tes amis ? M: Non, chez moi mais en l'absence de ma femme ».

Pour beaucoup, l'arrivée en milieu urbain libère un peu du "carcan" ressenti par le fort contrôle social au village. Cette nouvelle impression de liberté pourra s'accompagner de comportements de libertinage sexuel avec un cumul de relations simultanées avec plusieurs partenaires ou une rotation rapide de copines célibataires ou de femmes mariées. Certains vont se lancer dans un vagabondage sexuel intense. Plusieurs informateurs nous ont déclaré avoir trois à quatre partenaires occasionnelles habituées en parallèle de leur relation avec la partenaire principale.

Extraits de conversation avec INF-7 (114) « I: Depuis ton arrivée ici, as-tu des copines régulières ? M: Oui, j'en ai eu. Je suis un "Samba Yahodou" quoi. I: "Samba Yahodou" ? M: oui, "Samba Yahodou". I: Qu'est-ce qu'un "Samba yahodou" ? C'est en pulaar assez recherché, profond, pour moi. M: Un "Samba Yahodou" signifie que je n'ai pas de copine sûre très régulière. Je prends une copine, je reste avec elle un peu, puis j'en prends une autre. I: Comment obtiens-tu (négocies-tu) tes copines ? M: Ces femmes savent que je suis jeune et que j'ai de l'argent. C'est ça seulement qui les pousse vers moi. Tu sais nous sommes même apparentés mais tu sais c'est une affaire de libido (on ne se contrôle pas) ».

b) Modalités de négociation avec les partenaires occasionnelles

Plusieurs informateurs nous ont livré quelques unes de leurs stratégies ou astuces pour entrer en contact avec des femmes, tout en essayant le plus souvent de se préserver du regard social en agissant en secret.

INF-1 (143): « Avec les clientes habituées, lors de mon travail, je les dépasse avec mon "weutir" (ma calèche), puis elles me demandent de les transporter. Je les emmène mais le faisant je refuse dans un premier temps de parler avec elles. Je répète ce scénario quatre à cinq fois sans engager le

⁵⁵ Le "weutir" est une calèche tirée par un cheval utilisée pour le transport des personnes (trois personnes incluant le conducteur). C'est un moyen de transport très populaire et accessible, le prix moyen d'un trajet à Richard-Toll étant de 100 F CFA.

débat jusqu'à ce que je sache comment elle est, car en les transportant, j'embarque aussi un homme et j'observe. Si je vois à travers la discussion que la négociation ne manque pas, et qu'elles sont abordables. La prochaine fois si je la dépasse dans la rue et ayant déjà su comment elle est, je peux engager, c'est comme ça ».

D'autres, comme INF-2, notent des différences dans les approches de séduction entre le village et la ville.

INF-2 (145): « Il y en a parmi les femmes qui te cherchent (te draguent) car elles se disent que tu as de l'argent et espèrent. C'est ça, donc il n'y a pas de négociation. **Si c'était au Fouta, il y aurait de la négociation, ici non, car dès qu'elles te voient elles espèrent de ton argent et cherchent par conséquent à te tromper** ».

c) Les liens avec le village d'origine et les amies du "fedde"

La plupart des informateurs migrants installés en ville maintiennent des contacts assez étroits avec la famille du village et effectuent des allers/retours fréquents pour des motifs aussi variés que l'aide pour les travaux agricoles, la visite à un membre de la famille ou à l'amie intime, ou lors des fêtes religieuses de la *Tabaski*, du *Magal* ou du *Korite*. Ces séjours au village se font le plus souvent par trajet direct et sur des périodes variables excédant rarement un mois.

☞ *Tabaski*: fête du mouton
Magal: commémoration du retour d'exil du fondateur de la confrérie des Mourides
Korite: fête célébrant la fin du jeûne (Ramadan)

INF-6 (108): « Parfois on me demande de venir au village aider les gens (la famille) à travailler dans les rizières. On fait inonder les rizières, on les désherbe et on aménage les pépinières. Je vais aussi là-bas à l'occasion des fêtes religieuses et ensuite je reviens ».

Durant ses visites au village, le migrant va retrouver des jeunes femmes issues du cercle des connaissances ou des amies de longue date avec lesquelles se sont développés des liens d'amitié et de confiance. Si la plupart des interviewés nous ont confié qu'ils contrôlent leur activité sexuelle lors des allers/retours au village, d'autres vont mobiliser ou réactiver leur réseau de connaissances.

fedde: groupe de jeunes filles ou femmes du village, de la même génération que les hommes et auxquelles ils sont liés par des sentiments d'amitié ou d'amour depuis l'enfance ou l'adolescence.

Le *fedde* devient le cercle des partenaires potentielles où il sera facile pour le migrant d'avoir un échange sexuel, d'autant que le migrant, de passage au village et qui revient de la ville, pourra user de son "pouvoir attractif" auprès des jeunes filles ou des femmes restées au village.

INF-6 (275): « Si je vais à Haéré, j'y ai des copines que je peux "frapper" même si j'y débarquais tout de suite. Ce sont des jeunes filles, je suis dans le même quartier que certaines, et il y en a qui habitent dans d'autres quartiers. Lors de mon dernier passage, c'était durant la *Tabaski*, j'y suis resté pendant 1 mois. (...) Combien j'ai frappé de copines? Ce n'est pas une seule bien sûr [rires].

Je n'ai pas compté [rires] mais ce n'est pas une seule. Elles sont au nombre de trois ou quatre, un chiffre comme ça. Celles-ci peuvent venir passer la soirée chez toi pour causer. Tu prends une fille, tu la "frappes". Le lendemain, une autre, tu en as envie tu la frappes de nouveau. Et un autre jour, tu vas causer pendant la soirée quelque part dans un autre quartier, tu frappes. (...) Avec ces filles, je donne rarement de l'argent ».

INF-7 (531): « Quand je repars au village pour aider à la surveillance du troupeau, je vais y retrouver des copines. Mais elles peuvent même quitter là-bas et venir me retrouver ici à Richard-Toll. Elles viennent passer la journée avec moi, et nous jouons ici ».

En étant issues du même village, du même quartier, ces jeunes filles ou femmes lui paraissent être plus sûres: il connaît ou pense connaître leur histoire et leurs habitudes. Ces jeunes filles ou ces femmes connues de longue date inspirent confiance par les liens développés. Mais le plus souvent, et malgré des retours fréquents, le migrant ne maîtrise pas en détail l'histoire sexuelle de ces partenaires "habituées" mais occasionnelles résidant au village. Là encore, le condom est peu utilisé, le village étant perçu comme un lieu plus sûr, même si plusieurs évoquent de plus en plus un libertinage sexuel grandissant en milieu rural.

Le témoignage de INF-9 est en faveur d'un relâchement des normes sociales en matière de sexualité. Il constate que les jeunes filles ont de plus en plus de relations sexuelles avant le mariage. Avant de quitter son village, il avait une partenaire régulière et plusieurs partenaires occasionnelles habituées.

Extraits de conversation avec INF-9 (93): « I: Pour celle ci je comprends (que tu "jouais" avec elle car c'était ta copine) mais pour les autres comment tu négociais: est-ce parce que tu les connaissais ou parce que tu leur donnais quelque chose avant de "frapper" ? M: Elles étaient du "fedde". I: Mais tu parvenais à les "avoir" (à ""frapper"")? M: Oui. I: Donc là-bas les jeunes filles "jouent", ont des relations sexuelles avant le mariage? M: Oui. I: Tu n'as jamais enceinté ? M: Non. I: OK! Ces filles avec qui tu as l'habitude de jouer, peuvent-elles atteindre le nombre de quatre? M: Les filles qui sont dans le "fedde" sont nombreuses... ».

d) Le choix des femmes mariées

Pour certains, le choix des femmes mariées comme partenaires va reposer sur différents niveaux de motivation à agir parmi lesquelles on retrouve le sens du défi et le goût pour le "jeu risqué et complexe". Un des informateurs nous ayant avoué avoir parmi son réseau de partenaires deux femmes co-épouses dont le mari travaille, comme lui, à la CSS, relation nécessitant un jeu de cache-cache très élaboré pour que les rencontres soient possibles, à l'insu du mari.

INF-10 (64): « Son mari travaillait ici à la CSS [rires]. Il la laissait au village et moi j'en "héritais". Tu sais, nous sommes des hommes du diéni, nous n'avons peur de rien [rires]. C'est comme ça que se comportent les Peuls ».

INF-10 (177): « C'est également une femme mariée. Elle vit ici dans le quartier. Quand son mari part travailler à la CSS, toi aussi "tu pars travailler" [rires]. Ce sont des rendez-vous, tu lui demandes seulement de te retrouver chez toi ».

Mais choisir une femme mariée peut relever de choix plus rationnels en matière de réduction de plusieurs risques. Pour certains, la partenaire mariée est à priori plus sûre compte tenu du contrôle social existant et de son nombre de partenaires présumé plus faible. Par ailleurs, la survenue d'une grossesse accidentelle non désirée pourra passer à l'insu du mari, et les conséquences beaucoup moins graves que dans le cas d'une jeune femme célibataire chez qui la désapprobation sociale voire le déshonneur seraient immenses.

INF-5 (391): « Car si son mari était présent, elle m'a dit qu'elle pourrait "voler" (avoir une aventure extraconjugale) car s'il arrivait un pépin, une grossesse, on ne suspecterait rien, mais si en l'absence de son mari, je n'utilisais pas de préservatif, elle pourrait avoir un problème ».

Par ailleurs, la moitié des hommes interviewés nous ont confié qu'ils avaient eu ou avaient actuellement, une femme mariée comme partenaire. Ces situations d'infidélités croisées, témoin d'une instabilité conjugale, démultiplient l'exposition au risque de MST/SIDA.

6.1.2.2. Recours à la prostitution

Richard-Toll, comme beaucoup de villes d'Afrique de l'Ouest, se caractérise par un grand polymorphisme des pratiques de commerce sexuel. La configuration particulière de la ville offre une grande diversité de lieux et de contextes propices à la prostitution. A côté des espaces visibles classiques comme les maisons closes reconnues où exercent les prostituées officielles, on retrouve les *roukh*, arrières-cours des maisons jouxtant la route principale, qui pourront abriter beaucoup de clandestines qui louent une chambre, certains bars du centre-ville, et les gargotes, petits lieux de restauration "rapide" situés principalement le long de la route principale. L'ampleur et la diversité de ce type d'activité en milieu urbain laisse la place à une grande latitude de scénarios et de modalités de recours à des échanges sexuels contre rétribution.

6.1.2.2.1. L'accès aux prostituées des bars et des maisons closes

Près de la moitié des hommes interviewés déclarent fréquenter les prostituées des maisons closes de façon plus ou moins régulière (de une à deux fois par semaine pour les clients réguliers, à une fois ou deux fois par mois pour les autres).

Dans les processus de sélection quelques éléments stables semblent récurrents, comme l'âge⁵⁶ de la prostituée: il inquiète car il est associé à un risque accru du fait de l'expérience sexuelle présumée plus importante. Alors, on se tourne préférentiellement vers les prostituées plus jeunes. L'aspect physique de même que l'impression générale de la travailleuse du sexe, "présentant bien", font également partie des critères le plus souvent évoqués par les hommes.

jeeyoowo: celle "qui se vend", qui vend "soi-même"
cagaaji: femme aux mœurs légères
galle cagaaji: maison des prostituées, mais le plus souvent on indique le nom du bar, du maquis ou de la gargote.

INF-9 (262): « *C'est une seule mais grande maison. Tu viens seulement, elles te demandent ce que tu veux. Je leur dis ce que je veux, il n'est pas nécessaire de le dire puis elles me demandent de donner 750 F et je leur demande de diminuer un peu, de revoir le prix à la baisse. Il y a beaucoup de femmes Peul dans la maison. Je les trouve assises, je choisis celle qui me plaît. Ensuite, je "frappes", le plus souvent un seul coup* ».

Les prix pour un rapport sexuel vénal les plus souvent cités par nos informateurs se situent entre 750 et 1000 F CFA. INF-9 nous précise que bien souvent, au plus bas tarif c'est la règle du "une fois/un coup".

INF-1 (364): « *Maintenant si je "frappe", c'est parce que je me suis débrouillé à avoir mes 1 000F. Il y a un bar en face de la deuxième station service, j'y vais. Les Peules, je ne cause même pas beaucoup avec elles, je ne cherche pas à créer avec elles de la familiarité. Je suis réservé et on se limite généralement aux salutations d'usage. Je règle mes 1 000F mais là-bas elles te donnent un Protec⁵⁷* ».

INF-6 (113): « *C'était à l'occasion de la fête de Korité (carême). J'ai frappé parmi les Peules. [gêne et rires mêlés]. En fait, ce sont les Peules [rires] de ces "HLM" (maisons closes). Il faut venir avec l'argent. Elles ne te demandent que l'argent, 1000F seulement [rires]* ». Et quand nous lui avons demandé « *Qu'est-ce qui t'a décidé à aller voir les prostituées?* », il nous a répondu: « *C'est mon cœur qui le veut* ».

Plusieurs insistent sur la difficile quête de l'âme sœur et l'isolement social et le manque affectif et sexuel qui en découlent vont pousser beaucoup d'hommes à s'orienter vers les activités de commerce sexuel.

INF-4 (264): « *Moi je veux avoir une copine. Si Dieu m'en donne, je vais abandonner les prostituées. Mais, tu sais elles font bien l'amour, mais si tu tiens à la santé de ton corps tu vas abandonner les prostituées. Mais quand même puisque tu n'as pas de copines, tu es obligé de fréquenter les prostituées. Je peux même te dire, qu'en mon for intérieur, j'aurai souhaité que mon esprit se désintéresse de ces prostituées* ».

⁵⁶ Aspect développé dans le volet *Construction du risque de sida* (page 32).

⁵⁷ Une des marques de préservatifs les plus vendues et distribuées au Sénégal.

Si pour beaucoup, la prostitution reste fortement associée à la diffusion du sida et entraîne une méfiance à l'égard de l'ensemble des femmes qui s'y adonnent, pour d'autres, la proposition du préservatif, de façon plus ou moins systématique par les professionnelles du sexe, confère une impression de sécurité dans l'espace de la prostitution officielle.

INF-9 (320): « Quand je vais voir les prostituées, je ne pense pas au sida. Je mets une capote ».

D'après plusieurs témoignages, les hommes se sentent relativement en confiance dans les lieux de prostitution officielle car les femmes qui y travaillent proposent le condom et le donnent au client. Mais ce dernier est libre de l'accepter ou de le refuser, car beaucoup de professionnelles des maisons closes continuent de ne pas exiger le port du condom lors de chaque rapport sexuel. Pour toutes ces raisons, certains feront le choix délibéré de ne pas s'aventurer dans l'espace de la prostitution informelle jugé plus à risque.

<p><i>roukh</i>: littéralement, coin d'une rue ou endroit enclavé, mais désigne ici les arrières cours où officient les péripatéticiennes</p>

INF-4 (117): « En vérité, je frappe dans les "roukh". Chez les prostituées, je donne 1 000F. Tu sais, si tu vas chez les prostituées, ce sont elles-mêmes qui te mettent le préservatif. Elles en proposent toutes. Moi, je ne le refuse pas ».

INF-6 confirme: « elles proposent toutes le condom ». Mais INF-9 apporte une nuance essentielle: « **Les prostituées laissent l'homme décider pour le condom, ça dépend de toi, ce n'est pas obligatoire** ». De par leur fréquentation régulière des maisons closes, certains migrants vont fidéliser une relation avec la même femme et la retrouver lors de chaque passage en maison close. Elle devient la "prostituée régulière", celle avec laquelle des liens privilégiés peuvent s'établir, voire des arrangements ou une relation amicale.

INF-9 (236): « A Diamaguène, près de la grande mosquée, depuis que j'ai commencé à les fréquenter, c'est une seule que j'ai "frappée". C'est la seule que je choisis quand je viens. C'est la première que j'ai vue, et nous avons lié une "amitié". Jusqu'à il y a quelques semaines, c'était ma "régulière" (prostituée fidélisée) (...) Mais maintenant elle a quitté ce lieu, elle n'est plus là... Maintenant quand j'y vais, j'en désigne seulement une. Je les trouve au dehors, je ne bavarde pas. Je viens et je choisis. Et dès que tu arrives là, on te donne la capote ».

Mais au sein de cette relation devenant plus intime avec la professionnelle, le port systématique du condom par le client régulier pourra être entravé par plusieurs motifs individuels ou interpersonnels comme la force du lien émotif potentiellement sécurisant.

INF-9 (381): « Mais ce n'est pas à chaque fois que je vais là-bas que j'ai porté la capote. Il y a des fois, je mets la capote et d'autres fois non. Mais les fois où j'ai mis la capote sont plus nombreuses que celles où je n'en ai pas mis ».

6.1.2.2.2. Les femmes s'adonnant à la prostitution informelle et occasionnelle

Les activités de prostitution clandestine ou informelle prennent place, par définition, dans des espaces moins visibles, et plusieurs endroits comme les places de marché, les *tangana*, certains angles de rue le soir ou les abords de la route principale, offriront des lieux privilégiés pour les négociations à visée sexuelle. Le monde de la prostitution occasionnelle et clandestine est un immense espace dont les limites sont difficiles à cerner. En fait c'est "toute la ville de Richard-Toll" qui devient un espace potentiel de prostitution informelle. Et pour le travailleur migrant, dans ce nouvel environnement, les modalités de choix pour le recours à une relation sexuelle contre rétribution sont beaucoup plus diversifiées qu'au village. La configuration propre de la ville, les phénomènes d'urbanisation rapide avec l'émergence de nouveaux quartiers et le secteur informel étendu offrent un ensemble de lieux et d'espaces propices aux rencontres et négociations en vue d'échanges sexuels.

Les marchandes ambulantes, parties depuis le matin des villages avoisinants, se rendent en ville pour vendre du lait, des fruits ou des légumes. Certaines de ces femmes vont être régulièrement sollicitées au gré de leur trajet aux abords de Richard-Toll et durant leur journée en ville et pourront être amenées à accepter des relations sexuelles contre échange d'argent. Ces gains sont souvent très vite réinvestis dans l'achat de nourriture pour la famille. INF-1 et INF-2 nous expliquent les modalités de rencontre et de négociation avec les vendeuses de lait:

INF-1 (167): « Si tu veux ça et que tu ne veux pas que les gens comprennent, tu as ta carafe. Si elles sont deux, l'une devance l'autre. Celle qui t'intéresse, tu l'appelles, et si elle a du lait caillé et qu'il n'en reste pas une grande quantité, tu comprends. Tu lui donnes une partie pour le lait, et le reste du lait que tu achètes, et l'autre partie pour lui payer la passe. Et tu vas faire ce que tu as à faire, frapper ».

INF-2 (298): « Pour négocier avec ces femmes, il faut avoir seulement de l'argent. Il y a une place où on les retrouve, où elles se rencontrent. Il y a des gens qui fréquentent cet endroit et d'autres non. Il n'y a pas vraiment de négociation, tu fais comme si tu achetais ton mouton. Certaines n'ont même pas de lait à proposer. Il n'y a pas de prix fixe mais il faut généralement 1 000 F CFA. Après tu les emmènes chez toi et tu peux les retenir jusqu'à la fin de l'après-midi. Mais cela dépend de toi, de la fin de ton travail. Le plus souvent ce sont des femmes mariées ».

Il s'agit là d'une forme de prostitution plus discrète qui concerne souvent des femmes issues des villages peuls des environs de Richard-Toll, en situation de vulnérabilité économique, seules, divorcées, ou dont le mari est absent depuis une longue période, lui même migrant ou pasteur nomade à la recherche de nouveaux pâturages pour les troupeaux. Bien souvent, les maris ne sont pas dupes de l'activité "mixte" de leurs femmes et, tout comme la famille, ils

vont profiter "en fermant les yeux" des subsides rapportés par la femme engagée dans des activités sexuelles vénales à caractère ponctuel ou plus régulier⁵⁸.

Là encore, certains migrants qui fréquentent les marchandes ambulantes pourront développer des liens basés sur des rencontres régulières avec des rendez-vous dans des lieux précis comme le domicile du migrant, celui d'un ami ou dans une chambre louée à cet effet.

Extraits de conversation avec INF-10 (376) « I: Est-ce que tu frappes les vendeuses de lait ? M: Ce n'est pas mon genre. I: Pourtant y' en a d'élégantes. M: Oui, y en a mais ce n'est pas mon genre, je n'en ai pas besoin. Prendre une fille passer la journée avec elle jusqu'à 17 heures, je ne l'ai jamais fait. I: Sont-elles des femmes mariées ? M: Oui, ce sont des femmes mariées. I: Leurs maris ne les suspectent pas ? M: Elles quittent leurs maris (le matin) en leur disant je pars, elles n'ont pas de lait dans laalebasse. Elles viennent et passent la journée et le soir, elles rentrent laalebasse pleine de victuailles, ils (le mari et la femme) sont complices [rires]. Si une femme va en ville sans lait, elle revient avec du riz et des victuailles, tu sais que ce n'est pas avec le lait (qu'elle n'a pas emmené) qu'elle a acheté cela. I: Alors qu'elle n'a pas emmené du lait (en allant à la ville) ? M: Rien sauf un peu de lait pour faire de la boisson à son ami qu'elle va retrouver en ville. Elle achète (au retour) du riz, de l'huile, des poissons et tout. I: Donc elles savent au départ qui elles vont voir ou c'est au gré de leurs rencontres. M: Il y en a qui ont des amis et elles y vont. Y'en a d'autres qui marchent au gré des rencontres et si ça marche à la négociation, elles partent "faire ça". (...) I: Entre celles qui jouent et celles qui ne jouent pas qui sont les plus nombreux ? M: Celles qui jouent sont les plus nombreuses ».

6.1.2.2.3. Inégalités de genre ou la rencontre d'un fort pouvoir de négociation des hommes face à des femmes en difficultés

En ville, une grande diversité de stratégies comme la séduction, la négociation économique, voire les manipulations ou les pressions psychologiques pourront être mises en oeuvre dans les rencontres, les échanges et les négociations à visée sexuelle. Plusieurs informateurs migrants vont tirer parti de leur contexte d'activité professionnelle ou de leur nouveau statut. Si, le conducteur de calèche adopte une approche plus opportuniste en observant parfois pendant plusieurs jours, puis en ciblant une de ses clientes, le boutiquier de l'informel pourra dans bien des cas user de son pouvoir face à une cliente en difficulté et déjà endettée auprès de lui. En somme, il propose un moyen rapide "d'effacer la dette". Le tenancier de "tangana" ou le boutiquier (alimentation et divers) disposent eux aussi d'un moyen pratique pour entrer en contact avec beaucoup de femmes dans le besoin, à des moments de grande vulnérabilité comme les heures de repas. Tout comme, le *beucek*, vendeur ambulant de produits ménagers

<i>beucek</i> : vendeur ambulant de divers produits, souvent ménagers, et qui fait du porte à porte

⁵⁸ source: entretiens informels et entretiens semi-dirigés avec informateurs-clé: A. (assistant social à l'ASBEF), F. (ASRBC à l'ASBEF) et F. (professionnelle du sexe travaillant en maison close à Richard-Toll).

qui côtoie principalement une clientèle féminine. Face à des femmes bien souvent en situation de grande vulnérabilité économique, il est alors facile de négocier en vue d'une relation sexuelle à Richard-Toll ou lors de retours ponctuels au village et d'obtenir rapidement ce que l'on recherche. INF-2 témoigne à propos de la facilité de négociation pour les hommes.

Extraits de conversation avec INF-2 (113): « I: Donc tu t'es "gratté"⁵⁹ un peu, je veux que tu m'en parles car c'est important pour moi. M: Au début, je me "grattais" mais je n'avais pas de copine régulière. Je rencontre les femmes ici, à la boutique. Pour négocier, j'en parlais seulement à mes interlocutrices. C'est facile, il n'y a pas de négociation, elles acceptent très vite et je leur donne ce que je veux.. Je vais chez elles ou elles viennent chez moi. I: Mais pour une première rencontre, où est-ce que cette rencontre a lieu ? M: Où je les rencontre ? La femme tu la rencontres partout. Où que tu ailles, tu vas y rencontrer des femmes ».

INF-10 (462): « Lorsqu'elle vient, nous jouons et au moment où elle repart je lui donne quelque chose, de la "charité", de quoi ramener au village ».

INF-10 (180): « Mais ici, il faut donner de l'argent. La drague et la liaison excluant l'argent, ici ça n'existe pas. Même si vous avez une liaison, à la fin du mois, il faut donner de l'argent. Et c'est toi seul qui estime ce qu'il faut donner: des fois je lui donne 5 000F, des fois 4 000F. Tout ce que j'estime bon, et elle accepte la somme sans rechigner ».

6.1.2.2.4. Relations homme/femme et place de l'argent dans les négociations et le maintien de la relation

De façon générale, beaucoup s'accordent pour dire que les relations homme/femme en ville sont de plus en plus fondées sur la forte participation financière de l'homme. Pour INF-5 "il n'y a plus l'amour-amitié, ici c'est l'amour-argent".

Teg teggi: "Amour-argent", relation amoureuse fondée sur l'argent. Ce terme ne renvoie pas systématiquement à la prostitution déguisée, mais fait référence à la forte et systématique contribution financière de l'homme.

INF-7 (357): « Ces femmes savent que je suis jeune et que j'ai de l'argent. C'est ça seulement qui les pousse vers moi. Ici, c'est ainsi que se comportent les femmes. Si elles voient que tu as de l'argent elles te montrent qu'elles t'aiment et même si tu ne réagis pas, elles peuvent pousser jusqu'à te dire ouvertement leur amour, alors tu acceptes. (...) Je leur donne toujours quelque chose bien sûr. Mais je ne peux leur donner de quoi satisfaire tous leurs besoins. Ça seul Dieu peut le faire, moi je ne peux pas. Alors, je leur donne de l'argent, ce que je peux 2 500F ou 5 000F. Il m'arrive même de donner 10 000F. C'est ça seulement qui crée l'amitié (au sens de relation amoureuse). Il m'arrive même de leur acheter des habits, des Khartoums⁶⁰, des pagnes ou des mèches pour le greffage des cheveux ».

⁵⁹ Nous avons relevé dans les discours d'autres termes synonymes évoquant les rapports sexuels, comme: se gratter, frapper, toucher, partir en croisade mais nous ne possédons pas, hélas, leur traduction en Pulaar.

⁶⁰ Tissu léger venant de Mauritanie.

INF-3 (314): « J'ai compris que la majeure partie des filles n'est pas mue par l'amour mais par l'intérêt. En fait moi c'est que je ne parviens pas à trouver quelqu'une qui m'aime et que j'aime. C'est vrai, la majeure partie des filles est mue par l'intérêt ».

INF-5 (181): « Je sais pourquoi je suis calme car dans le Sénégal d'aujourd'hui, c'est le système du "Teg teggi" (mets ta mise et prends la cagnotte). Ici, il n'y a pas "l'amour amitié" (relation sentimentale désintéressée), il n'y a que "l'amour argent", et pour "toucher" il faut payer ».

INF-2 (142): « Elles peuvent accepter comme elles peuvent refuser. Si elles acceptent, cela peut être toute de suite ou bien après. Ton devoir c'est d'exposer ce que tu veux [rires]. Il y en a parmi elles qui te cherchent (draguent) car elles se disent que tu as de l'argent et espèrent, c'est ça donc, il n'y a pas de négociation. Si c'était au Fouta, il y aurait de la négociation, ici non, car dès qu'elles te voient elles espèrent de ton argent et cherchent par conséquent à te tromper. (...) **Un homme ne peut pas dire que les femmes ne le "mangent" pas** (que les femmes ne lui soutirent pas un peu d'argent) **mais il faut savoir comment gérer ça** ».

6.1.2.3. Faible utilisation du préservatif

6.1.2.3.1. Comportements sexuels à risque

a) Le condom "jamais utilisé"

Face à l'intense activité sexuelle qui caractérise la plupart des hommes interviewés, on est en droit d'être inquiet quand la moitié de nos informateurs migrants déclarent n'avoir jamais utilisé le condom, et que certains parmi eux n'en n'ont jamais vu et en entendent seulement parler. Quand on leur demande: « Utilises-tu une capote avec ta copine? », ils nous répondent:

INF-8 (207): « Moi ? Non, je n'ai jamais utilisé de capote. Je n'ai pas de raison, **le préservatif, mon corps "fuit ça", je n'aime pas, c'est repoussant** ».

INF-12 (167): « **Je ne connais pas ce qu'on appelle capote, j'en entends seulement parler. Et je n'en ai jamais vu** ».

Bien souvent, le condom est perçu comme un objet extérieur au cœur de l'intimité et aux habitudes sexuelles, comme en témoigne INF-7.

INF-7 (442): « Une chose, il faut la connaître pour l'utiliser. **Nous ce que nous savons (ce que nous avons l'habitude de faire) c'est de venir "jouer" avec la fille et de partir. Mais mettre quelque chose, nous les Peul, nous ne savons pas cela (ne faisons pas cela). Même si on le fait c'est marginal, le Peul il vient seulement "jouer" avec la femme et partir ensuite** ».

INF-1, malgré des informations et des préservatifs fournis gratuitement par un ami de la pharmacie, ne va pas mettre en pratique ses conseils et continue d'avoir des rapports sexuels non protégés.

INF-1 (63): « J'avais un ami à la pharmacie à qui je parlais et qui enlevait (retirait à l'insu de son employeur) et me donnait des capotes. Mais je n'en faisais rien, je n'utilisais pas les Protec pour éviter les maladies. Tu sais, il t'arrive de réfléchir, et de plus une personne vient aussi te parler. Bon, tu fais comme si, mais tu lui caches. Tu prends ce qu'il te dit, tu l'ajoutes à ta propre réflexion, cela te sert de cadre de conseil pour te guider ».

b) Utilisation inconstante du condom

L'utilisation du condom lors de rapports sexuels risqués reste très marginale parmi l'ensemble des interviewés, et pour ceux qui l'utilisent, le port du préservatif se fait de manière inconstante. Les raisons évoquées sont assez diverses et font référence le plus souvent au type de partenaire ou à des attitudes et des perceptions négatives à l'égard du condom de la part des migrants ou de leur(s) partenaire(s). Parfois ils adoptent des précautions et dans d'autres occasions ils se placent en situation à haut risque en n'utilisant pas le condom avec une partenaire dont ils ne connaissent rien ou presque de l'histoire sexuelle.

Même si le port du condom semble plus systématique avec les travailleuses du sexe opérant dans les bars ou les maisons closes, il y a là encore des situations où les hommes opteront pour une relation non protégée avec ces femmes. INF-9 déclare se protéger dans la majorité de ses rapports sexuels avec les prostituées mais il lui arrive dans certains cas de refuser de porter le condom, sans donner de raison précise.

INF-9 (370): « Il m'arrive souvent d'accepter la proposition de mettre la capote mais quelquefois je refuse. Il y a des jours, la capote me plaît, et d'autres jours, cela ne me plaît pas. Parfois, je n'aime pas la capote, enfin ce n'est pas une histoire de jours, c'est moi, la capote ne me plaît pas ».

D'après nos informateurs, il semble que peu de femmes réclament le condom, voire le refusent quand l'homme le suggère, le condom étant rarement au cœur de la négociation. Et beaucoup vont se ranger à l'avis de leur partenaire qui trouve bien souvent le condom désagréable ou qui n'est pas habituée. C'est le cas de INF-2 qui "navigue" entre comportements risqués et stratégies sécuritaires par souci de conformité avec le point de vue de ses partenaires.

INF-2 (177): « Quand je frappe, parfois j'en mets, parfois j'en mets pas. En fait, il y a des femmes avec qui j'enfile le préservatif, et il y en a d'autres qui le refusent. Moi à mon niveau, si la femme accepte le préservatif, je préfère l'enfiler, mais si elle refuse, "on fait" ».

Certains ne donnent pas d'explication en dehors du fait que ce n'est pas dans leurs habitudes sexuelles. "C'est comme ça!" Pour d'autres, cela ne semble pas motivé par l'envie d'un contact plus intime, plus rapproché avec la partenaire. INF-9 ajoute: « *Que je mette ou que je ne mette pas la capote, c'est la même chose, je la touche, il y a un contact intime* ».

Globalement, on constate une faible utilisation du condom en dehors des contextes de recours à la prostitution en maison close. Et l'image négative des travailleuses du sexe qui "diffusent le VIH" pourrait expliquer en partie la propension des clients à accepter et à utiliser le condom dans le contexte de la prostitution officielle. Mais en dehors de cet espace, l'utilisation du condom semble peu répandue.

INF-4 (143): « En vérité avec ces femmes, autres que les prostituées, je n'utilise pas de capote. Bon tu sais, quand je "frappe" avec ces femmes, on ne dispose pas de capotes ».

c) Le condom utilisé le plus souvent à visée contraceptive

La décision d'utiliser le préservatif est principalement motivée par la crainte de survenue d'une grossesse non désirée ou dans un contexte de relation sexuelle illégitime. La survenue d'une grossesse hors mariage est toujours mal vécue par la famille et l'entourage d'autant qu'elle est doublement condamnée par la religion musulmane et par le contrôle social traditionnel. Alors, la peur est grande face aux éventuelles sanctions sociales que pourrait subir la femme par le mari ou par la famille, dans le cas de jeunes filles célibataires, comme des reproches, des jugements à l'égard de sa "faute", pouvant aller jusqu'à un rejet ou une répudiation par le mari. Alors, on utilise le condom pour "ne pas déshonorer la femme".

INF-9 (158): « Je porte la capote pour éviter que la fille ne tombe enceinte ».

INF-3 (260): « D'ailleurs toute la nuit, j'ai eu une peur. Pas à cause de cette maladie, le sida, mais à cause du risque de déshonneur qui pourrait frapper cette fille en étant enceinte sans être mariée ».

La crainte également que l'individu soit mis en cause dans une grossesse accidentelle devient une incitation à utiliser le condom dans des contextes de relation sexuelle illégitime.

INF-4 (329): « Tu sais les copines, elles ont entre deux et trois copains, donc il faut que tu utilises les capotes pour préserver ta santé mais parce qu'aussi beaucoup de problèmes peuvent survenir. La fille peut être enceinte et elle t'accuse, comme tu n'as pas mis la capote. Mais si tu as utilisé la capote, quand la fille tombe enceinte, elle n'osera pas t'accuser. Même si je suis certain que la fille n'a que moi comme copain, j'utilise un préservatif parce que je ne veux pas enceinter une fille, c'est surtout à cause de cette crainte ».

INF-5 (391): « On a utilisé la capote, car elle m'a dit que si son mari était présent, elle pourrait "voler" (avoir une aventure extraconjugale) car s'il arrivait un pépin (grossesse), on ne suspecterait rien, mais si en l'absence de son mari, je n'utilisais pas de préservatif, elle pourrait avoir un problème ».

Ainsi, les préoccupations ou les questionnements relatifs à la santé, comme se protéger du d'une MST ou du SIDA, vont passer au second plan ou ne feront tout simplement pas partie des enjeux de négociation.

d) Manque sexuel, pulsions et absence de contrôle

La difficulté de gestion de ce nouveau risque est intriquée dans un ensemble d'autres préoccupations quotidiennes. Ainsi, lors de tentatives de séduction de partenaires occasionnelles ou dans des situations de

<i>ndjogué</i> : situation de manque sexuel, d'appétit sexuel extrême

brèves rencontres et de rapports sexuels décidés rapidement, le condom n'entre pas dans la négociation. Dans ce contexte, plusieurs reconnaissent être en état de manque sexuel et ne pas pouvoir contrôler leurs pulsions et ne pas penser au sida ni au condom.

INF-4 (153): « Je n'utilise jamais de capotes avec ces autres femmes, qui ne sont pas des prostituées car cela coïncide avec des contextes particuliers. Il se trouve souvent que je suis "ndjogué" et je frappe sans penser au condom ou à quoi que ce soit ».

6.1.2.3.2. Obstacles ou éléments limitant l'usage du condom

Comme nous venons de le voir, l'utilisation du condom lors de rapports sexuels risqués reste relativement marginale, et chez ceux qui déclarent avoir déjà utilisé le condom, le port du préservatif se fait de manière inconstante. Plusieurs facteurs pourront influencer négativement sur la décision d'utiliser le condom lors des rapports sexuels.

a) *Confiance accordée à la partenaire et force du sentiment amoureux*

La copine régulière, c'est la copine "sûre" en qui l'on peut avoir confiance pour s'engager dans une relation plus stable et durable basée sur des sentiments amoureux forts, et des critères de qualité personnelle compatibles avec la position sociale⁶¹. C'est aussi la personne avec laquelle un projet de mariage pourrait voir le jour.

INF-6 (352): « Si tu ne l'utilises pas, c'est parce que tu as confiance en la fille. Tu sais qu'elle t'aime et qu'elle a confiance en toi et toi aussi tu as confiance en elle et ce n'est pas à chaque fois qu'elle est sollicitée par un autre garçon qu'elle accepte. Ce n'est pas une fille qui n'a pas une "petite tête" (naïve). C'est donc une fille qui t'est fidèle ».

Ce sentiment de confiance va se construire sur la base de critères comme l'aspect physique, la durée de la connaissance ou la force du sentiment amoureux.

INF-5 (351): « Avant de l'épouser, je n'utilisais pas de préservatif car je l'aimais, et quand quelqu'un aime il ne se contrôle pas. Je ne craignais pas de l'enceinter, à propos de la grossesse, je n'avais pas peur car j'étais sûr que je l'engrosserais et personne ni aux cioux ni sur la terre ne pourrait s'opposer à notre mariage. Ce n'est pas à cause de sa beauté ou d'une autre de ces qualités que je tenais à elle, la seule raison c'est que je l'aimais. Dès que la relation s'est établie entre nous, cela m'a tellement chaviré que je ne savais plus où se trouvait l'Est (j'ai perdu le sens le l'orientation) et à fortiori me rappeler du sida ».

INF-11 (64): « Au village je faisais un peu attention. Ce n'est pas avec toute femme que je cherchais à nouer une relation, des choses comme ça. Je me limitais à une seule personne. Et puis celle là, j'avais un peu confiance en elle. J'avais un peu confiance en elle mais la personne se connaît mieux que quiconque. Avec elle, je n'ai jamais utilisé de capote ».

⁶¹ En référence à l'origine castée ou non castée.

L'impression de connaître sa partenaire est fondée le plus souvent sur des critères subjectifs comme la beauté, l'impression générale ou la réputation de la partenaire et ne repose pas sur une maîtrise approfondie de son histoire sexuelle. La prise de risque est d'autant plus grande que cette impression sommaire va susciter chez les hommes un sentiment de confiance suffisant pour ne pas avoir recours à un moyen de protection, dans un contexte où le statut sérologique des partenaires est toujours inconnu par absence de recours au test de dépistage. De même la force du sentiment amoureux et l'absence de contrôle souvent associé vont participer à la prise de risque. Elle est belle, l'amour est présent alors on ne pense pas à se protéger.

① Parmi l'ensemble des informateurs, aucun n'a eu recours au test de dépistage du VIH.

INF-3 (371): « Même si le risque existe, moi je ne perçois pas ce risque d'autant plus que je n'ai pas encore eu cette maladie, je n'ai donc pas peur. (...) Et puis, tu sais, quand on aime on devient fou, comme tu es tombé amoureux, elle va te rendre folle. A partir du moment où tu es tombé amoureux tu ne cherteras qu'à satisfaire ton désir ».

b) Un incident avec le condom dans l'histoire personnelle

Pour beaucoup d'hommes, une histoire antérieure d'échec ou de sensation désagréable ressentie par l'un des partenaires lors d'une tentative d'utilisation du condom a tout simplement entraîné son abandon plus ou moins définitif. Et certains nous ont avoué que, de ne pas savoir l'installer correctement leur a causé des problèmes lors d'un rapport sexuel précédent.

INF-5 (319): « Comme je te l'avais dit, peut-être que moi, je ne sais pas utiliser le préservatif mais qu'en réalité il offre des garanties contre la maladie. Moi, j'estime que je l'ai trop enfilé, il fallait laisser un petit réservoir et je ne l'ai pas fait. Tu sais, celui qui a envie de quelque chose, il ne voit que cette chose et par conséquent il est comme fou. Et moi, j'avais envie de tirer mon coup. C'est là, la seule fois que j'ai utilisé la capote ».

INF-10 (212): « Le condom, je n'en ai pas seulement l'habitude. Je l'ai utilisé une fois, et cela ne m'a pas plu. Ce n'est pas plaisant, alors j'ai abandonné. (...) Tu sais, j'ai peur de la "maladie" mais parfois tu es dans une situation, même si tu as peur tu vas faire ».

Ainsi, une mauvaise expérience d'utilisation du condom pourra influencer négativement et durablement l'un des partenaires, voire les deux.

c) Sous-évaluation du risque dans le cadre d'un multipartenariat "modéré"

Dans ce nouvel écosystème social, intégrant l'espace urbain et rural⁶², être engagé dans un réseau sexuel de deux ou trois partenaires ou avoir ponctuellement des relations avec des partenaires occasionnelles constitue un scénario fréquemment retrouvé parmi nos

⁶² Du fait des nombreuses interactions entretenues avec le village d'origine.

informateurs. Ceux-ci ne semblent pas s'inquiéter outre mesure du risque de contracter le VIH, et de fait, cela se traduit par la non utilisation d'un moyen de protection. En ne se sentant pas appartenir à la catégories des hommes qui prennent des risques, "qui jouent beaucoup", comme ceux qui changent fréquemment de partenaires ou qui ont de nombreuses relations extraconjugales ou qui sont clients réguliers des prostituées, beaucoup vont largement sous-évaluer le risque auquel ils s'exposent et leur propre vulnérabilité au VIH/SIDA.

INF-4, qui nous confiait précédemment avoir des rapports sexuels non protégés avec plusieurs partenaires occasionnelles, ne se considère pas comme faisant partie des personnes susceptibles d'être infectées.

INF-4 (162): « Pour moi, les gens qui attrapent plus le sida, ce sont les personnes qui "jouent" avec les femmes et qui ne mettent pas la capote (...) En vérité, je ne sais pas si je peux attraper le sida (...) Les hommes peuvent transmettre la maladie comme les femmes. Tu vois une femme sans savoir qu'elle a la maladie, tu couches avec elle et elle te contamine ».

Là encore, la persistance d'attitudes négatives et de croyances erronées à l'égard du préservatif va entraver son utilisation lors des rapports sexuels.

d) Attitudes de la partenaire à l'égard du condom et faible communication en matière de sexualité et MST/SIDA

Plusieurs informateurs signalent que leurs partenaires sexuelles sont dans l'ensemble, réticentes à l'usage du condom. Les témoignages concourent dans le sens d'un faible niveau de communication dans les négociations entourant l'usage du préservatif et il semble que la question du moyen de protection soit très rarement abordée dans la sphère sexuelle.

INF-7 (425): « Non, moi, je ne parle pas de sida avec les copines avec qui je "joue" ».

Le condom est perçu comme un objet extérieur au cœur de l'intimité, et les partenaires invoquent souvent la gêne fréquente et le manque de sensations ressenties pendant les rapports sexuels.

INF-3 (354): « Les femmes, elles veulent que quand tu couches avec elles, tu fasses "corps à corps", et qu'aucun élément étranger viennent empêcher le contact direct entre les organes. C'est comme ça ».

Quand la femme ne se sent pas à l'aise face au préservatif par méconnaissance ou par peur "de l'objet", ou parce qu'elle désire un contact rapproché avec son partenaire pour faire "corps à corps", ou par souci de plaisir plus fort ou de relation plus authentique, l'homme va toujours se ranger à son point de vue sans développer une argumentation en faveur d'une relation sexuelle protégée.

INF-10 (353): « J'ai utilisé la capote une seule fois avec la copine d'ici. Un ami m'en avait donné. Mais elle n'en voulait pas [rires]. Tu sais, elles ne connaissent pas, ce n'est pas dans leurs habitudes ».

INF-2 (267): « Tu me demandais si je n'ai jamais rencontré une belle femme pour laquelle de mon propre gré, je n'ai pas voulu mettre de capote. J'en ai rencontré une, c'est vrai, mais celle-ci n'exige même pas la capote. Avec elle, je n'ai jamais utilisé de capote ».

INF-3 (357): « Tu as bien compris, le jour où j'aurai une copine comme je le souhaite, si celle-ci ne veut pas d'une capote, alors je n'en mettrai pas. Puisqu'elle ne veut pas de la capote et que moi je l'aime, il faut que je respecte son vouloir jusqu'à arriver à mes fins ».

Les réactions des femmes⁶³ face à l'usage du condom sont bien souvent induites par des craintes liées à une méconnaissance de ce moyen de protection. Et dans l'ensemble, les différents témoignages des migrants révèlent que le point de vue de la partenaire à propos de l'utilisation ou plutôt de la non utilisation du préservatif est toujours pris en compte.

INF-3 (347): « Je l'utiliserai si ma partenaire le veut, car ce ne sont pas toutes les femmes qui aiment l'utilisation du préservatif. Elles éprouvent des peurs et n'ont pas confiance aux hommes qu'elles suspectent de trahir le préservatif ».

e) Méconnaissance et fausses croyances à l'égard du condom

Plusieurs inquiétudes et craintes restent liées à l'usage du condom, et plusieurs informateurs migrants ont été dissuadés par leurs partenaires d'utiliser ce moyen de protection de peur qu'il ne reste coincé au fond de leur vagin. Chez les hommes aussi, de fausses croyances persistent et certains redoutent que le sperme ne soit réabsorbé lors de l'éjaculation si le préservatif est mal engagé. Ils le mettent également en cause dans la survenue d'intenses douleurs génitales après les rapports sexuels, voire d'être responsable de l'apparition de symptômes pouvant évoquer une MST.

<p>wofndé: bas-ventre tidjo: gêne lors de la miction, ne plus pouvoir uriner</p>
--

INF-8 (211): « Oui, je perçois le préservatif d'une certaine façon. Je crains que cela ne me "pique" (ne soit à l'origine d'une MST). Dans ma perception, je dis bien dans ma perception, si je mets la capote, quand je "tombe" (j'éjacule), mon eau (sperme) qui devait sortir est emprisonnée dans la capote, et je vais la "tirer" (l'absorber par le sexe) et ça va me "piquer" (me donner une MST). C'est que les gens appellent "tidjo", tu ne pourras plus uriner et ton bas ventre va te faire mal ».

INF-3 (350): « Il y a des femmes qui craignent que le préservatif glisse et reste au fond d'elles ».

⁶³ Du fait de notre échantillon masculin, nous n'avons recueilli uniquement le point de vue des hommes sur cet aspect de la question.

D'autres n'accordent qu'une confiance très limitée, voire nulle, dans l'effet protecteur du condom et préfèrent avoir recours à des petits rituels pour être plus fort face à la maladie. INF-1, lui, ne l'utilise pas, il ne croit pas que le préservatif protège du sida. Il n'a jamais été malade et ne connaît pas vraiment de moyens d'éviter la maladie: « *Quand j'ai un doute après un rapport sexuel, je bois du lait ou je mange de la viande pour être fort* ». De même, INF-8, qui n'a jamais utilisé le condom, nous confie: « *Par ailleurs, juste après l'acte sexuel, je prends une douche* ».

f) Peur de l'image de vagabond sexuel

Avoir des condoms sur soi pendant son travail ou en se promenant dans la rue va générer un sentiment de peur ou de honte d'être perçu comme un vagabond sexuel si un membre de la famille ou un aîné le découvre. Le contrôle social entourant les pratiques sexuelles est encore très fort même s'il est régulièrement signalé un relâchement des mœurs en matière de sexualité.

INF-1 (219): « Je n'en possède pas sur moi, car tu sais qu'en circulation avec ma calèche, je prends des clients or ceux-ci sont mes habitués et ils mettent leurs mains dans mes poches pour me demander de l'argent, et j'ai honte qu'on découvre une capote dans mes poches ».

6.1.2.4. Influence des pairs en milieu urbain et normes sociales

Dans son nouvel environnement, le migrant va devoir faire face à plusieurs défis: trouver un emploi, se loger, s'intégrer dans un réseau social avec des normes et des codes propres aux contextes dans lesquels il évolue (espace urbain, contexte de la CSS, secteur informel, quartier et espace domestique). Quel que soit le contexte immédiat d'activité, compagnie sucrière ou secteur informel, beaucoup de travailleurs migrants vont subir l'influence normative du groupe des pairs. Celle-ci peut s'exprimer sous la forme de nombreuses sollicitations ou pressions l'incitant à des rencontres féminines ou à la fréquentation des maisons closes. D'autant que les modèles sexuels masculins, dans la société Haalpulaar, tendent à privilégier une intense activité sexuelle où le nombre de partenaires y est valorisé.

INF-7 (518) « Je donne un exemple, tu quittes ton village, tu migres pour aller chercher à gagner quelque chose pour le ramener au village. Tu arrives dans un nouvel endroit, tu y rencontres des personnes, vous vous liez, tu intègres le groupe. Tout ce que tu vois les membres du groupe faire tu essaies de le faire, exemple avec des copines. Si tu fais cela, tout ce que tu gagnais (épargnais) tu vas le perdre et tu auras des difficultés au moment de rentrer dans ton village car tu sais que Richard-Toll pervertit rapidement un individu. En venant à Richard-Toll, un migrant risque des choses répréhensibles qu'il n'a jamais faites.(...) Ensuite il les voit fumer de la cigarette, se droguer ou boire de l'alcool et lui aussi, le nouveau migrant, il se dit que je vais les imiter, je vais me mettre en valeur et c'est ça qui le pousse à le faire ».

Les amis du Fouta, issus du même village ou de la même région d'origine et anciennement arrivés à Richard-Toll deviennent des guides, des référents dans l'initiation au monde de la ville, des rencontres féminines et bien souvent pour le recours à la prostitution. Les plus anciens indiquent "les bons lieux", les règles et les conseils d'usage utiles aux nouveaux arrivants comme par exemple, les endroits où l'on peut négocier les prix, où les prostituées sont plus belles ou plus jeunes. INF-9, ouvrier à la CSS, nous explique comment les sorties s'organisent.

INF-9 (272): « Des amis vendeurs de chaussures originaires du Fouta, des villages comme Haéré Lao, qui m'ont précédé, m'ont indiqué le coin de Diamaguène (maison close). Nous y allions ensemble, nous nous accompagnions souvent ».

INF-3 (188): « Mon ami de Sinthiou, arrivé avant moi, me propose des filles. Il avait contacté une fille pour moi, elle est même venue dans ma chambre et on a causé mais jusqu'à présent nous ne nous sommes pas revus. Elle a déménagé du quartier. Mon ami m'a harcelé durant deux jours car il avait promis à la fille (de me faire venir) mais j'ai dit à mon ami qu'il n'était pas dans mes habitudes de me déplacer pour rendre visite à des "fillettes" ».

Parfois, quand certains résistent aux sollicitations, ou se différencient par leur comportement plus sérieux, ils pourront faire l'objet de pressions ou de petites provocations. C'est ce que nous relate INF-5.

INF-5 (379): « Depuis que j'ai changé et que je sors moins, mes amis issus du même village viennent ici à la maison, le soir vers 19 heures, après les heures de travail de la CSS. Ils demandent "où est A...?, on leur dit qu'A... est une jeune fille, et qu'elle est couchée à l'intérieur" (il est trop casanier) ou ils disent aussi "que ma main est sectionnée" (il est pingre, il ne donne pas d'argent aux filles) ».

Une difficulté supplémentaire se présente pour le migrant dans sa gestion du risque au quotidien: comment maintenir des attitudes et des conduites positives face au risque de sida en résistant à la pression des pairs, tout en maintenant les avantages de l'insertion sociale dans ce groupe d'appartenance?

6.1.2.5. Sexualité, MST/SIDA, des sujets tabous dont on parle peu

De façon générale chez les Haalpulaar, les sujets entourant la sexualité sont considérés comme tabous. On en parle peu ou très rarement dans la sphère intime avec sa partenaire sexuelle ou dans le cercle familial. Il serait même irrévérencieux d'aborder la question avec un membre de la famille plus âgé, "un aîné".

INF-8 (195): « Je ne parle pas de sida avec ma copine. Nous n'en n'avons jamais parlé. Mais je lui recommande de ne pas trop se lier à beaucoup de garçons ».

INF-1 (409): « Mon amie me dit qu'elle entend parler de nombreuses maladies ici à Richard-Toll mais chaque fois qu'elle en parle, j'évite la question et je lui dis que si Dieu décide que tu auras une maladie, tu ne pourras la "fuir" (l'éviter). Tu as beau la fuir, si Dieu a décidé que tu l'auras, tu l'auras. S'il décide que tu ne l'auras pas, tu ne l'auras pas ».

INF-11 (329): « Nous n'avons jamais parlé du sida avec ma femme. Et ma copine ne m'a jamais interpellé à ce sujet ».

INF-12: « Et puis ta femme il y a des limites à vos causeries, il y a des choses dont vous pouvez parler et d'autres dont vous ne pouvez pas ».

Extraits de conversation avec INF-2 (253): « I: Est-ce que les femmes que tu "frappes", te parlent de sida ? A: Non. I: Parlez vous de l'utilisation des capotes. A: Non. I: Tu m'as dit tantôt que certaines femmes refusent que tu mettes le préservatif. Te fournissent-elles des raisons ? A: Elles disent que ce n'est pas agréable. I: Mais ne bavardes-tu pas avec elles dans l'espoir de leur expliquer ton souhait de mettre la capote ? A: Non. I: Elles ne te demandent pas pourquoi tu l'enfiles ? A: Non, certaines redoutent de tomber enceintes. I: Lesquelles ? A: Celles qui ne sont pas mariées ».

On comprend alors qu'il soit difficile de bien maîtriser l'histoire affective et sexuelle de sa partenaire, si ce n'est à travers des "indicateurs indirects" comme sa réputation ou son niveau de séduction auprès des hommes. Les questions de sexualité et de MST/SIDA sont plus facilement discutées entre "égaux", pairs de même génération. Cependant, la plupart des migrants interviewés n'abordent ces sujets que très rarement dans leur quotidien.

INF-9 (645): « Il m'arrive de parler quelquefois du sida seulement avec les copains qui sont là et avec qui je vends ».

INF-6 (333): « Avec mes copains vendeurs nous parlons parfois de sida, à l'occasion de débats. Par exemple on dit que la maladie est désormais guérissable en Europe ou ailleurs, des choses comme ça ».

INF-5 (84): « Une seule fois, j'ai demandé des conseils à un "grand" (aîné), coupeur à la CSS. Il m'a dit que c'est bon d'utiliser une capote car cela t'évite des maladies mais si tu ne sais pas comment le mettre, ça peut te créer des problèmes. Comme par exemple, si tu ne le mets pas bien, il ne recueillera pas tout le sperme, et une partie du sperme refluera dans ton sexe ».

INF-10 (235): « Moi, cette maladie me fait peur, et je n'en bavarde avec personne. Il m'arrive seulement d'y penser seul ».

6.1.2.6. Contrôle social: facteur protecteur ou élément favorisant la prise de risque?

Le contrôle social exprimé à l'égard de la sexualité dans la société Haalpulaar fait référence principalement au maintien de la virginité des jeunes filles avant le mariage, à la condamnation des relations sexuelles illégitimes (extraconjugales) et au recours à la prostitution. Il émane d'une synthèse des normes sociales traditionnelles et actives auxquelles viennent s'ajouter les prescriptions préconisées par la religion musulmane. Malgré ce contrôle,

les témoignages des informateurs migrants vont dans le sens d'un relâchement des mœurs sexuelles qui s'opère également en milieu rural.

INF-11 (355): « Même quand je le faisais, j'avais du respect pour eux car ce sont des parents et des voisins et je suis le plus jeune d'entre eux, c'est pourquoi j'évitais de faire certaines choses de façon plus flagrante ».

INF-2 (386): « Quand je vais à Haéré, je reste à la maison et je ne fréquente pas les gens. Par ailleurs, je ne veux pas que les gens aient une mauvaise impression de moi. J'ai honte ».

En ville, la peur du regard des autres va pousser bien souvent les individus à agir en secret et de fait, à se placer dans des situations risquées ou de plus grande vulnérabilité. Les échanges sexuels seront effectués rapidement avec souvent peu ou pas de place accordée à la communication sur l'histoire sexuelle des partenaires impliqués. De plus, ces relations occasionnelles prennent place dans un contexte d'absence de condom, le migrant n'en disposant pas avec lui ou celui-ci n'étant pas proposé par la femme. La peur du regard social est omniprésente et oblige à se rendre dans des lieux de rencontres ou de prostitution souvent tard le soir, afin de ne pas être remarqué ou reconnu par les habitants du quartier ou par un membre de la famille élargie.

INF-9 (303): « A Diamaguène (maison close), le matin, j'ai honte d'y aller, de peur d'être vu par les habitants des maisons voisines. J'y vais vers dix heures du soir ».

INF-6 (386): « Quand j'étais parti "tirer" sur la prostituée, je ne me suis pas caché, mais j'y suis allé quand même la nuit. Je n'ai pas peur de le faire si l'envie me prend, mais toutefois si je ne rencontre pas des gens dont je peux avoir honte. J'ai des amis qui sont dans la ville et des parents. Mais s'il s'agit de mes égaux (vendeurs du secteur informel, par exemple) là, ce n'est pas un problème mais devant des personnes plus âgées, ça pose un problème ».

INF-7: « Les femmes, je les vois dans la rue mais elles ne me rendent visite que pendant la nuit. Elles viennent même parfois dans la journée mais c'est surtout pendant la nuit qu'elles arrivent pour me voir ».

INF-10 (160): « Non, moi je ne vais pas là-bas chez les prostituées parce que j'ai peur. Tu sais, aller entrer dans un bar, moi je n'ose pas. Si les parents Peul te voient entrer dans un bar, il y aura des ragots sur ta personne ».

6.1.2.7. Du village à la ville, changement ou continuité?

6.1.2.7.1. Comportements au village avant le départ pour Richard-Toll

L'analyse des récits de vie migratoire tend à montrer que bon nombre de migrants avaient déjà au village une activité sexuelle assez intense et caractérisée par une diversité de scénarios relationnels et sexuels laissant la place au multipartenariat et au libertinage.

INF-5 (53): « Au village, j'avais une copine. Un homme s'il affirme qu'il n'a pas de copine, c'est qu'il ment. J'avais une copine là-bas, c'était une femme mariée. En fait, je "volais" seulement, je "tirais" en cachette sur une femme d'autrui ».

INF-2 (28): « J'avais des copines là-bas au village, mais je n'avais pas de préférence entre elles. Tu peux trouver des filles avec lesquelles tu liais des relations juste amicales, comme le font traditionnellement les garçons (des rencontres sans relations sexuelles), mais il m'arrivait aussi de "toucher". Cela ne peut pas manquer [rires]. Celles que je "touchais" sont nombreuses mais je ne peux te dire combien ».

INF-2 (55) « Au village, les négociations découlaient des amitiés mais il arrive que je fasse un geste, que je leur donne quelque chose "un devoir". Tu satisfais le besoin exprimé par la fille ».

INF-6 (16): « Même lorsque j'apprenais le Coran, j'avais une copine, car **maintenant les élèves⁶⁴ et les talibés ont les mêmes comportements**. Mais tu sais, tu peux aussi avoir une copine tout en "tirant" ailleurs ».

Certains profitaient de l'absence des maris, des bergers peuls, pour se lier à leurs femmes restées seules au village. Ils développaient un mode de relations cycliques rythmées par les départs et les retours des maris, en lien avec leur mobilité temporaire pour la recherche de nouveaux pâturages en saison sèche.

INF-7 (16): « Oui, j'avais des copines au village. Elles étaient au nombre de deux. Leurs époux ne résidaient pas de façon permanente là-bas. Ils restaient dans le diéri, c'étaient des bergers nomades. Quand l'hivernage arrivait, ils revenaient et quand la saison sèche revient ils repartent avec leurs troupeaux. Quand ils partaient, nous redémarrions la relation et quand ils revenaient, nous nous séparions. Dès que les maris étaient de retour, j'abandonnais car c'est le jeu de cache-cache ».

En regard de leur histoire sexuelle avant de quitter le village, il est possible de distinguer de façon schématique deux catégories de migrants:

- ceux, de loin les plus nombreux, qui avaient déjà un comportement à risque notamment par la taille du réseau des partenaires sexuelles et la non utilisation d'un moyen de protection dans les rapports sexuels;
- les individus en situation de monopartenariat ou sans partenaire à l'époque.

INF-11 (31): « Là-bas, je n'avais qu'une copine fixe (régulière), elle était du village. Tu sais, je mettais mon esprit avant (je me contrôlais). Elle n'était pas mariée et nous avons un peu duré ensemble. Je n'avais pour copine que celle là. (...) **Non, il ne m'arrivait pas d'aller "en croisade" ailleurs [rires], car je ne suis pas tellement attiré par ça (le jeu)** ».

⁶⁴ En référence à l'enseignement laïque en français, et à l'enseignement religieux coranique.

6.1.2.7.2. Arrivée en ville et changement dans les conduites sexuelles

a) Nouveaux défis, nouvelles conditions de vie

L'arrivée en ville, avec les grands changements qu'elle occasionne, peut constituer une période de fragilité psychologique et sociale, voire de grande vulnérabilité, d'autant qu'il faut faire face à de nouveaux défis et à des conditions de travail souvent difficiles et parfois précaires pour ceux qui ont opté pour le secteur informel. Si certains informateurs ont pu disposer d'une aide⁶⁶ à leur arrivée, par la famille directe ou élargie, d'autres n'ont pas bénéficié du même réseau social facilitant.

INF-11 (362): « C'est dur. Tu sais quand tu quittes ton "soi" (village d'origine) ce sont les choses qui t'étaient le plus accessibles qui te paraîtront inaccessibles, comme par exemple un espace où dormir, un espace où habiter car si tu arrives aujourd'hui chez moi et si je ne te donne pas un espace où dormir, tu ne dormiras pas. Car quelqu'un qui quitte son lieu d'origine, il est facilement la proie de difficultés. Dans le domaine de l'avoir, entre le temps où tu arrives en un lieu et le temps où tu vas gagner quelque chose, il y a de la fatigue ».

👁 Coupeur à la CSS

Entassés dans des camions bennes métalliques pour se rendre dans les champs de canne par des températures pouvant atteindre 35-40°C, les ouvriers sont confrontés à des conditions de travail très difficiles⁶⁵ auxquelles s'ajoutent les pressions liées à la productivité.

D'autre part, plusieurs informateurs migrants, ouvriers à la CSS, cumulent deux activités comme coupeur et fabricant de briques ou conducteur de calèche.

INF-10 (95): « A la CSS, en vérité c'est dur. Mais puisque c'est le travail que le destin m'a donné, il faut bien que je m'y accroche quelque puisse être sa "dureté" ».

INF-7 (105): « Tu sais un travail avec la machette, c'est "un travail de tes forces" (musculaires). Tu peux arriver un jour aux champs de canne, on te confie un travail raisonnable que tu peux faire en un jour, et un autre jour on te confie un travail exagéré pour lequel tu dois faire appel à ton "fit" (courage, endurance), alors tu y mets toute ta force et tu continue jusqu'à l'heure de la descente (fin d'une séance de travail). C'est un travail pénible, oui ».

Ceux qui ont choisi le secteur informel rencontrent également des difficultés ou font face à diverses pressions dans leur nouvel environnement de travail.

INF-3 (38): « Ces gens de la police municipale nous cherchent des noises. Cela fait mal, c'est écœurant. Nous, les vendeurs ambulants, avons donc convenu de nous rendre chez le maire pour lui demander si c'est lui qui a donné l'autorisation aux policiers de saisir toutes nos marchandises et d'empêcher l'exercice de la vente sur la voie publique ou dans le cas contraire s'il ne s'agit pas simplement d'une action de la police municipale pour nous soutirer des sous ».

⁶⁵ Les résidus de canne à sucre brûlée à proximité des ouvriers dans les champs et les nombreuses poussières battues par les vents fréquents viennent compliquer le travail de coupe.

⁶⁶ Cette aide peut s'exprimer sous diverses formes: accueil du migrant, offre d'un logement, prise des repas en commun, avance de fonds pour débiter un projet dans le secteur informel ou pour s'installer en ville.

INF-4 (21): « C'est dans le secteur de la menuiserie que j'ai d'abord exercé avant d'intégrer celui du commerce de chaussures. J'étais apprenti dans un atelier de menuiserie mais j'ai quitté à cause de mon patron qui m'a injurié et qui m'a trouvé "à la table" (dans l'atelier) et il m'a frappé. Moi j'ai abandonné le métier de menuisier et je me suis mis à vendre des chaussures ».

b) Changement vers une prise de risque

L'arrivée en milieu urbain représente l'entrée dans un nouvel espace riche en possibilités d'interactions sexuelles, et bon nombre d'informateurs migrants vont majorer des pratiques à risque déjà existantes au village en profitant de la diversité du marché sexuel qu'offre Richard-Toll. D'autres vont changer leurs conduites sexuelles et s'engager dans des relations beaucoup plus risquées qu'auparavant. A la lumière des récits des travailleurs migrants, il est possible d'extraire certains éléments rendant compte des logiques sous-jacentes à ces changements de comportement. INF-4 et INF-11 évoquent les pesanteurs de l'isolement affectif des premiers temps.

INF-4 (208): « Bon, tu arrives à Richard-Toll, et tu vois tes "égaux" (compagnons appartenant tous à la même génération) s'accompagner avec leurs copines et ils "jouent". Cela te fait mal, car tu n'as pas quant à toi un "espace où jouer", une copine à "frapper". (...) Tu vas aussi dans les bals, et tu vois tes égaux assis attablés à côté de leurs copines, dansant avec elles et vers deux ou trois heures du matin, tu les vois sortir avec leurs copines pour les emmener dans leurs chambres. **Quand tu vois cela, cela te fait mal et tu réagis en allant chez les prostituées.** Tu vas donc dans ces lieux (maisons closes) pour y "jouer" toi aussi ».

INF-11 (70): « Au village, j'avais une copine. Je me limitais à une seule personne, ce n'est pas avec toute femme que je cherchais à nouer une relation, je mettais mon esprit avant (je me contrôlais). Et puis celle là, j'avais un peu confiance en elle, mais la personne se connaît mieux que quiconque. Avec elle, je n'ai jamais utilisé de capote. Au village, j'entendais les gens parler du sida, mais je n'ai jamais vu quelqu'un qui avait la maladie. Ensuite, je me suis marié, et je suis venu en ville (...) En arrivant ici, j'ai connu une femme mariée. C'est moi qui l'ai draguée, car en général c'est l'homme qui drague. Nous sommes restés ensemble pendant la durée d'une campagne de la CSS. Avec elle je n'ai jamais utilisé de capote ».

c) MST dans l'histoire sexuelle et maintien de comportements risqués

Il ressort de l'analyse des discours que la survenue d'un épisode de MST dans l'histoire sexuelle ne constitue pas un facteur suffisant pour déclencher une prise de conscience face au risque de VIH et pour adopter des pratiques plus sécuritaires. La majeure partie des migrants qui ont reconnu avoir eu un antécédent de MST continuent d'avoir des comportements sexuels risqués.

6.1.3. Modes d'adaptation face au risque de sida

Nous avons vu précédemment que, beaucoup de migrants en arrivant en ville et bien que possédant des connaissances et des craintes à l'égard du VIH, persistent à courir des risques ou adoptent des comportements dangereux en ville. A l'inverse, d'autres vont prendre en compte le problème du sida et "s'armer face au risque" en mobilisant des modes d'adaptation variés qui relèveront principalement de la sélection de la partenaire potentielle, de la réduction du nombre de partenaires, et de façon plus marginale, l'utilisation du préservatif, l'abstinence temporaire, ou l'évitement d'une relation sexuelle présumée à haut risque. Il faut cependant remarquer que dans la grande majorité des cas, les stratégies mises en place permettent simplement une réduction du risque sans l'exclure totalement.

① Pour des nécessités de clarté dans la présentation des résultats, les chapitres construction du risque et gestion du risque ont été individualisés, mais il nous paraît que la construction du risque de sida, la perception de sa propre vulnérabilité, et la gestion du risque forment un ensemble indissociable où se juxtaposent des liens dynamiques entre les différentes dimensions concernées.

Ce chapitre vise à présenter cette diversité des modes de réponse face au risque de sida.

6.1.3.1. Stratégies de sélection des partenaires

6.1.3.1.1. Un ensemble de critères basés sur l'intuition

Les hommes tendent à sélectionner leurs partenaires en procédant à des choix en fonction de différents critères où l'aspect physique et l'âge tiennent une place prédominante. Mais bien souvent ces critères comme la jeunesse, la beauté, le choix des femmes issues du *fedde*, relèvent plus de l'intuition ou de préjugés et ne vont pas constituer une grille de décision garantissant une protection efficace contre le virus du sida.

INF-6 (272): « Quand je vais à Haéré, j'y ai des copines. Ce sont des jeunes filles [rires], pas des "ceemedbé" (filles qui ne sont plus vierges et qui n'ont jamais été mariées) ».

INF-7 (305): « Moi ce qui m'intéresse, c'est la femme qui est d'âge jeune, une femme qui vient juste de se marier, une femme dont je suis l'aîné de peu ou même si elle est plus âgée que moi, que la différence d'âge soit faible, elle peut avoir de préférence 15 ou 16 ans ».

INF-7 (417): « Tu sais, moi je ne choisis pas les femmes âgées car tu peux choisir une femme âgée et elle te donne une maladie. Si tu ne fais pas attention aux femmes âgées, elles risquent de te donner une maladie ».

Une façon de se rassurer pour les uns, un moyen facile de recourir à des partenaires pour les autres, consiste à fréquenter des jeunes femmes du village issues du *fedde*. Le village est un

espace familial⁶⁷ et, de fait perçu, par la plupart des informateurs migrants, comme beaucoup plus sécuritaire face au risque de sida.

INF-6 (314): « Tu sais, je veille à la santé de mon corps et je ne frappe pas la première venue. Ces filles de Haéré avec qui je "joue", des relations anciennes se sont établies. Nous sommes nés dans le même village et nous avons tissé des relations depuis longtemps. Certaines partagent avec moi le quartier tandis que d'autres habitent ailleurs ».

Pour certains, la sélection de la partenaire peut s'accompagner d'investigations plus poussées afin d'évaluer le sérieux, la réputation et le degré de confiance possible. Il s'agit par exemple, de vérifier si la personne ciblée n'est pas trop courtisée par les hommes, ou qu'elle ne fasse pas l'objet d'une réputation défavorable de fille "aux mœurs légères" en acceptant facilement un rapport sexuel, ou encore comme étant une personne ayant un nombre élevé de partenaires masculins.

INF-7(406): « Moi, une femme, je l'examine de la tête au pied et je suis donc en mesure de savoir si je peux bien m'entendre avec elle. Si je trouve qu'on ne peut pas bien s'entendre, je n'entre pas dans cette relation. (...) Par examiner je veux dire que je regarde si la femme n'a pas beaucoup de copains. Si elle n'en a pas beaucoup, je sais que je pourrai bien m'entendre avec elle. Mais si je vois par exemple, j'habite dans un coin voisin proche de chez elle, qu'elle est fréquentée par beaucoup d'hommes, mon "cœur devient malade", j'ai des doutes et même si je voulais faire de la fille ma copine et même si elle était déjà tombée d'accord, je renoncerais ».

TR7-07(33): « Tu sais ton corps là, il ne faut pas "frapper" toute les filles, toutes les occasions faciles ne sont pas à saisir. Tu sais que tu ne dois pas "tirer" sur toutes les cibles faciles. Parce que ce n'est pas bon, parce que cela va compromettre la santé de ton corps ».

Si la plupart des interviewés sont conscients que la multiplication des partenaires majore le risque encouru face au sida, il n'en demeure pas moins que les stratégies de sélection qu'ils élaborent, en l'absence de recours au test de dépistage et d'une communication avec leur(s) partenaire(s), ne leur garantissent pas une protection efficace contre le virus du sida. En effet, dans la grande majorité des cas, les informateurs migrants reconnaissent ne pas aborder les questions de sexualité et de MST/SIDA avec leur(s) partenaire(s), et de fait ne pas connaître de façon précise l'histoire sexuelle de celle(s)-ci.

6.1.3.1.2. Copine régulière et partenaires occasionnelles

Une dissociation semble s'opérer en fonction du type de partenaire en qui l'on peut avoir confiance et avec laquelle il est possible de s'engager dans une relation fiable et durable, fondée sur des sentiments amoureux. C'est la copine "régulière", la "copine sûre". Pour INF-3,

⁶⁷ Aspect développé plus en détail dans le volet *Construction du risque* (page 97)

« avec celle que l'on aime, on ne se protège pas, même la première fois ». Alors comment gérer le risque sur fond de confiance? Quand l'intimité et la familiarité s'installent, le préservatif est bien souvent exclu des négociations.

INF-3 (285): « Tu vois une fille, si elle te plaît, tu négocies, tu l'emmènes dans ta chambre, tu fais et tu paies. Ces femmes elles sont là juste pour leur intérêt. Mais il y a d'autres femmes qui peuvent être ta copine et être régulière. Il arrive que la relation continue jusqu'à aboutir au mariage. J'avais une régulière et des occasionnelles auxquelles tu donnais l'argent et elles partaient ensuite».

INF-10 (451): « Je suis plus familier à la copine du village car notre liaison est plus vieille ».

Dans cette typologie apparente, il y a aussi les autres, les partenaires occasionnelles, parfois rencontrées au décours d'une marche dans Richard-Toll, dans la rue principale ou au hasard devant une boutique du secteur informel, ou dans des lieux connus pour être des espaces de rencontre plus faciles comme les gargotes, les dibiteries⁶⁸, les tangana. Dans ces rencontres occasionnelles, l'argent est bien souvent un élément incontournable de la négociation.

<i>ceemedo</i> : femme jamais mariée mais ayant perdu sa virginité <i>diwo</i> : femme divorcée
--

INF-3 (285): « Tu vois une fille, si elle te plaît, tu négocies, tu l'emmènes dans ta chambre, tu fais et tu paies. Ces femmes elles sont là juste pour leur intérêt. Mais il y en a d'autres femmes qui peuvent être ta copine et être régulière. Il arrive que la relation continue jusqu'à aboutir au mariage. J'avais une régulière et des occasionnelles auxquelles je donnais l'argent et elles partaient ensuite».

6.1.3.2. Eviter le multipartenariat ou réduire le nombre de partenaires

Il n'est pas rare que certains migrants soient en interaction sexuelle avec plus de trois partenaires dans la même période de temps. Et comme nous l'avons décrit précédemment, les types de réseaux sexuels sont souvent complexes et font intervenir des femmes originaires de Richard-Toll ou des villages satellites mais aussi du village dont est originaire le travailleur migrant.

Quel que soit l'élément (ou le faisceau d'éléments) déclencheur(s) de la prise de conscience pour s'orienter vers des pratiques à moindre risque, certains travailleurs migrants vont prendre du recul et remettre en question leurs conduites sexuelles à un stade variable de leur processus migratoire, après quelques mois de séjour en ville pour certains, plus rapidement pour d'autres. Rares sont ceux pour qui la prise de conscience s'accompagne d'une utilisation régulière et systématique du condom dans les échanges sexuels. Le plus souvent les choix se portent vers

⁶⁸ Petite baraque du secteur informel où l'on peut se procurer de la viande grillée.

la réduction du nombre de partenaires, la fidélité à la partenaire régulière ou la volonté délibérée de ne pas s'engager dans un multipartenariat en ville.

INF-7 (166): « Je fais attention puisque j'entends dire qu'un multipartenariat sexuel peut donner le sida. Avoir beaucoup de copines mais qui passent tout leur temps à "marcher" (qui s'adonnent beaucoup aux relations sexuelles). Ces filles, si tu as tendance à "jouer" avec elles, tu risques de "ramasser" la maladie ».

INF-3 (275): « Je ne me pose pas de questions relatives au fait que j'aurai ou non le sida. Je ne suis pas un habitué du "jeu". Je pense surtout à l'amour et à la façon de me réaliser économiquement. C'est au mariage que je pense ».

INF-8 (280): « Je ne veux pas d'une relation sexuelle avec des partenaires multiples, mon cœur le fuit ».

INF-12 (102): « Mais puisque Dieu t'a préservé et que tu n'as pas la maladie, tu dois te méfier comme ça tu vas en même temps préserver ta famille. Car si tu as un rapport avec une personne qui a le sida, tu peux contaminer ta femme. Avec le plaisir d'un jour, tu vas gâcher tout ton avenir. Tu dois te méfier et éviter le "jeu", de mon point de vue c'est ce que je crois ».

Dans le cas du migrant marié installé en ville, le fait de garder des liens forts avec le village, où résident son épouse et sa famille, permet de développer un système d'interactions où se conjuguent des formes d'entraide et de solidarité, et une gestion du risque de sida. Quand son isolement affectif est contrebalancé par des liens maintenus avec sa femme ou sa copine régulière du village, le migrant se trouve dans une situation de moindre risque. INF-5 nous explique en quoi le mariage a été un facteur stabilisant dans sa vie affective et sexuelle.

INF-5 (364): « Oui, depuis mon mariage j'ai changé de comportement car avant j'étais fou. C'est à dire, que je faisais ce que je voulais, sans sens de mesure ou de discernement. Maintenant je suis tranquille (rangé). Si tu viens chez moi à 19 heures, tu m'y trouves, j'ai de quoi manger, je le mange, sinon je reste ici. Je ne vais pas aller regarder la télé ou me promener le soir.(...) Donc je fais attention, car avant, on ne peut trouver un bandit (coureur) plus grand que moi, mais depuis qu'on a dit que la maladie a pénétré le Sénégal, je me suis rangé et davantage lorsque je me suis marié ».

Il ressort des récits de vie migratoire que tous les hommes mariés dont l'épouse réside encore au village, reconnaissent lui être fidèles. Cette relation fidèle est entretenue et renforcée par des allers/retours fréquents de l'homme vers le village ou parfois par des visites de la femme en ville. Entraide familiale et gestion du risque de sida se conjuguent ici par le maintien d'une relation étroite et fidèle évitant ainsi de s'engager dans des relations sexuelles extraconjugales ou d'étendre le réseau sexuel à plusieurs partenaires.

INF-12 (64): « Chaque week-end, je rentre à Dimat voir ma femme. Je vais chez moi au village, tu sais, ce n'est pas la peine que je cherche autre chose ici (copines éventuelles) ».

Notons par ailleurs que l'abstinence sexuelle dans l'attente d'une relation stable avec une partenaire régulière constitue un scénario largement minoritaire parmi les migrants interviewés puisque pour la quasi totalité des célibataires, la tendance observée est de s'engager dans une ou plusieurs nouvelles relations en ville.

6.1.3.3. Utilisation du condom

6.1.3.3.1. Bonne accessibilité au préservatif en ville

La plupart des informateurs sont unanimes à considérer qu'à Richard-Toll, le préservatif est facilement accessible sur le plan géographique et économique. On peut s'en procurer dans les pharmacies et dans plusieurs boutiques du centre-ville. Il est également diffusé par diverses ONG oeuvrant dans la lutte contre le sida⁶⁹, et au sein des principales structures de santé⁷⁰ publiques et privées. Vendu en boutique à 25 F CFA l'unité, et en pharmacie à 150 F CFA le paquet de quatre, le prix du condom est jugé abordable par l'ensemble des interviewés.

<i>Protec</i> : nom d'une marque de préservatifs vendus au Sénégal <i>kawase</i> : chaussette <i>laafa</i> : bonnet

INF-6 (376): « Le paquet à 50 F, ce n'est pas cher, à moins que l'individu ne dispose pas de 50F, mais ce n'est pas cher. Oui, en fait il est même abordable ».

INF-9 (544): « Il est facile d'avoir des capotes ici. Je les achète à la boutique. A 25 F le préservatif, ce n'est pas cher ».

Mais si tous s'accordent pour dire que le préservatif est accessible et disponible en ville, il reste que la décision de s'en procurer, d'aller l'acheter à la pharmacie ou dans une boutique est empreinte de gêne, et bien souvent il faudra avoir recours à des stratagèmes⁷¹, à des stratégies déguisées ou indirectes pour s'en procurer de façon anonyme et discrète. On envoie un "messenger", un jeune talibé⁷² avec la commande écrite sur un bout de papier en l'attendant tout près de la pharmacie, ou on demande de l'Aspirine en présentant la somme équivalente au prix d'une boîte de préservatifs. D'autres, vont utiliser plusieurs métaphores pour aborder cette délicate question avec la crainte sous-jacente toujours présente d'être surpris par un aîné, une connaissance ou un membre de la famille élargie et la honte de passer pour un vagabond sexuel.

⁶⁹ Il s'agit principalement de l'ASBEF, SANFAM et l'ENDA.

⁷⁰ District sanitaire de Richard-Toll, centre de santé de la CSS.

⁷¹ source: entretiens informels dans les quatre principales pharmacies de Richard-Toll, et auprès de boutiquiers qui vendent des préservatifs, en 1999.

⁷² Elève coranique.

Accessibilité géographique et économique, et disponibilité en préservatifs sont des pré requis nécessaires mais pas suffisants pour garantir l'utilisation systématique du condom dans le cadre de rapports sexuels à risque. Beaucoup d'obstacles⁷³, comme des attitudes négatives, des croyances erronées et un ensemble de valeurs normatives pourront entraver son adoption et son utilisation.

6.1.3.3.2. Utilisation marginale en dehors du recours aux professionnelles du sexe

Rares sont ceux qui ont adopté le condom dans leurs conduites sexuelles et l'utilisation du préservatif semble relever plus d'une logique de protection au cas par cas notamment lors du recours à la prostitution en maisons closes. En dehors de l'espace de commerce sexuel, aucun informateur déclare utiliser le condom de façon systématique lors de rapports sexuels présumés à risque.

INF-6 (70): « Quelquefois je n'en mets pas mais la plupart du temps, quand je ne connais pas ma partenaire, je mets la capote ».

6.1.3.4. Communication avec la partenaire sur les MST/SIDA et les moyens de protection

Le climat général n'encourage pas les hommes et les femmes sexuellement actifs à communiquer sur les sujets entourant la sexualité. Et bien souvent, par méconnaissance ou par gêne vis à vis de la partenaire, on n'ose pas aborder les questions entourant l'usage du condom ni d'en parler de façon claire, directe, et sans tabous.

Quand certains en parlent, les stéréotypes liés aux images et peurs véhiculées sur le sida refont surface, avec en toile de fond des conceptions inégalitaires face à la sexualité. L'exemple de INF-5 qui met en garde sa partenaire des conséquences d'une infidélité éventuelle est éloquent.

INF-5 (328): « Chaque fois, avant et après l'acte d'amour, je lui dis attention, attention, si tu as posé ta vie sur le bout de ton ongle (si tu exposes ta vie à des risques majeurs) il serait préférable que tu me le dises et que je t'abandonne, j'irai chercher une autre que je pourrais gérer. Mais tu entres ici, tu sors de là, tu entres ailleurs (tu cherches les hommes) moi je ne veux pas cela ».

Néanmoins, force est de constater que ceux qui abordent la question du sida ou du condom avec leur partenaire régulière ou leur épouse font partie des quelques personnes qui adoptent des attitudes positives et des comportements sécuritaires en se limitant à une partenaire.

⁷³ Aspect développé dans le chapitre *Construction du risque*.

6.1.3.5. Abstinence temporaire et évitement face à une relation présumée à risque

Pour le migrant célibataire, se protéger du sida passe par un effort pour se contrôler face aux nombreuses sollicitations dont il pourra être l'objet et aux multiples possibilités de rencontres quotidiennes. Beaucoup parmi les nouveaux arrivants à Richard-Toll ne trouvent pas la ville "sûre" du fait de sa configuration particulière, et du contexte ambiant ouvert au libertinage sexuel qui offrent une multitude de possibilités d'interactions sociales à visée affective et sexuelle. La peur du sida va entraîner certains migrants à développer des stratégies visant à diminuer la fréquence de leurs rapports sexuels ou le nombre de leurs partenaires.

INF-8 (79): « Avec le sida, moi, je perçois seulement une nécessité de prudence. C'est ainsi que je le perçois. Pour être prudent il faut utiliser la capote quand tu as envie de faire "ça" et tu te limites à une seule copine. Mais si tu sais que tu ne peux pas faire ni l'une ni l'autre de ces deux choses, tu t'abstiens et tu restes tranquille ».

Contrôler ses pulsions et son vagabondage de façon temporaire devient pour certains un mode de réponse au risque, ou du moins une "impression de se sentir protégé", car beaucoup vont reprendre des habitudes risquées après quelques semaines d'abstinence sexuelle. Cette abstinence temporaire basée sur une motivation à diminuer la fréquence des rapports sexuels va sécuriser l'individu, mais elle s'inscrit bien souvent dans une logique de vulnérabilité qui va laisser la place à de nouvelles prises de risque.

INF-10 (50): « Non, je ne parle pas de sida avec ma copine⁷⁴. (...) Moi cette maladie me fait peur et je me dis alors que mon "jeu" n'est pas quelque chose de sûr et que je dois "jouer" moins. J'y pense seulement et je "diminue" (je réduis le rythme des relations sexuelles). Je reste un à deux mois sans parler à personne (sans négocier en vue de l'acte sexuel) et puis un beau jour, je replonge, elle vient et je "frappe" ».

6.1.4. **Facteurs pouvant contribuer à une bonne réponse au risque de sida**

Plusieurs éléments émergeant des discours des informateurs peuvent être identifiés comme susceptibles de favoriser l'adoption de comportements sécuritaires.

6.1.4.1. Avoir de fortes aspirations comme le désir de réussite du projet migratoire

Le fait d'avoir de fortes aspirations avec un désir de réussite dans sa vie personnelle et des projets concrets va contribuer à augmenter l'envie de se réaliser économiquement, d'épargner, et dans une moindre mesure de protéger sa santé. Un des arguments fréquemment avancés par les hommes interviewés va être de ne pas dilapider ses revenus dans des relations sexuelles

⁷⁴ INF-10 a une copine au village, et une partenaire régulière en ville qui est une femme mariée.

avec des partenaires occasionnelles moyennant des échanges d'argent. D'autres évoquent l'importance de pouvoir disposer de temps pour cumuler une deuxième activité en ville ou effectuer sur une base régulière des allers/retours au village pour les travaux agricoles ou aider la famille. Dans ces prises de décision, les questions relatives au maintien de sa santé, quand elles sont présentes, n'occupent pas une place centrale.

INF-4 (291): « Moi ce que j'aimerais faire, c'est pouvoir réaliser mes objectifs, me marier par exemple et construire ma maison et aider mes parents. Et je peux te dire que pour cela je vais abandonner les prostituées ».

INF-6 (145): « Oui, j'ai changé. A Haéré, je "frappais" mais ici je n'ai frappé qu'une seule fois. En fait, j'ai réfléchi. J'ai d'abord pensé au motif qui m'a emmené ici à Richard-Toll, le travail, et ensuite je me suis dit que "frapper" les prostituées n'est pas prudent. Tu peux attraper une maladie et le plus souvent elles sont âgées car il y a peu de jeunes parmi elles ».

Les migrants ayant de fortes aspirations de réussite auront tendance à être plus méfiants à l'égard des relations sexuelles qu'il est facile d'obtenir moyennant quelques cadeaux ou 500 à 1000 F CFA. Ils essaient de se maintenir dans un cadre relationnel restreint ne faisant pas intervenir plus d'une ou deux partenaires.

6.1.4.2. Quête de l'âme sœur et modèles de relation homme/femme

Bon nombre de célibataires interviewés évoquent leurs difficultés actuellement à trouver une femme pour s'engager dans une relation de confiance fondée sur des sentiments amoureux partagés. Cette quête de la copine régulière avec laquelle un projet de mariage pourrait voir le jour pousse certains d'entre eux à rester sérieux et à épargner. De même, cette quête dans un milieu perçu plus à risque que le village, crée un état d'esprit favorable à l'évitement des relations sexuelles occasionnelles perçues comme non sécuritaires.

INF-3 (314): « Moi je recherche une copine mais je n'en ai pas encore trouvée. En tout cas pas une de régulière. J'ai compris que la majeure partie des filles n'est pas mue par l'amour mais par l'intérêt. En fait moi c'est que je ne parviens à trouver quelqu'une qui m'aime et que j'aime. La plupart des filles ici, elles te suivent, et te disent "fais-moi ça, achètes-moi ça ou donnes-moi ça" et après elles t'abandonnent ».

INF-4 (55): « Bon, tu viens aujourd'hui, tu négocies avec une fille pour qu'elle soit ta copine, elle te dit "d'accord" et si tu reviens le lendemain, elle n'est plus d'accord, c'est comme ça ».

6.1.4.3. Une histoire d'échec dans une expérience migratoire précédente

Une expérience migratoire ayant déjà échoué peut devenir un élément de motivation à être plus sérieux, à se concentrer sur son travail et son épargne, et à faire des choix plus sécuritaires dans une nouvelle tentative de migration. INF-3 tire les leçons d'un échec survenu lors d'une expérience précédente en Afrique centrale:

INF-3 (11): « *Quand je suis revenu au village, j'ai trouvé ma mère décédée mais mon père est vivant. Quand je suis arrivé, ils m'ont demandé si j'étais revenu avec de l'argent. Je leur ai dit que je suis revenu sans un sou et que j'étais fatigué de rester à l'étranger. Ils ont été compréhensifs au village en me disant que la pauvreté et la richesse pouvaient alterner. Ils m'ont conseillé de tirer un trait sur ce passé et de regarder vers l'avenir d'autant plus que j'étais jeune. Ils m'ont alors conseillé de choisir une femme mais je leur ai dit que ce n'était pas dans mes priorités. (...) Moi, j'ai réfléchi et je me suis dit que si je m'embarquais dans ces relations, je compromettrai mon travail. Il faut que je me "serre" (que je me contrôle) si je veux avoir quelque chose car mon comportement à l'étranger m'a édifié et dans le monde d'aujourd'hui, si tu es pauvre, c'est d'abord ta propre famille qui t'abandonnera. C'est à cause de mon objectif de réussir que je me prive de certaines choses ».*

6.1.5. Motifs de changement de comportements

Bien souvent, quand des changements d'attitudes et de comportements s'opèrent dans le sens d'une réduction de la prise de risque face au sida, les raisons de ce changement sont rarement unidimensionnelles et relèvent plutôt d'une spirale de facteurs qui se juxtaposent et interagissent de façon dynamique à un moment opportun ou face à un événement significatif dans l'histoire de vie du migrant.

Quelques témoignages viennent documenter ce constat.

INF-5 (397): « *Il y a un problème. Je ne peux pas exiger des migrants qu'ils copient mon comportement (qui est bien) car l'œil n'a pas d'œillères, le cœur est l'ennemi de l'individu, c'est à dire que tu peux voir des choses qui te plaisent et dès qu'elles te plaisent tu es attiré. Or moi, je vois ces choses qui plaisent et même si je ne suis pas débarrassé de ces éléments, trois raisons modulent mon comportement: la première raison c'est la plus grave, le sida, mon avenir est compromis, la seconde raison concerne la gestion domestique de ma famille. Je suis l'aîné et c'est moi qui doit subvenir, en conséquence, aux besoins de ma famille, la troisième raison est relative à ma femme. Elle n'est pas ma parente, c'est moi qui l'ai emmenée dans un lieu où elle ne connaît personne. Je peux pas la fixer là-bas et venir ici vaquer à d'autres occupations. Je peux donc pour me résumer dire que "je peux être bandit" mais ces trois raisons m'en empêchent. Je suis donc rangé ».*

INF-11 (155): « *En "jouant" avec les femmes, cela me cause beaucoup d'ennuis. Je sens des pertes. Tu sais la perte peut venir de partout. Tu as un peu de richesse, si tu en perds, tu le sens. Ça peut gâter ce que je gagne, mais gâter aussi mon "dine" (croyance, pratique religieuse). Tu sais, on dit que le "jeu" gâte le "dine". Pour toutes ces raisons j'ai cessé de jouer. En 1993, l'année où j'ai connu cette femme mariée, j'ai remarqué un mal dans ma vie. Le "jeu" si je le fais aujourd'hui ça peut à mon avis me créer beaucoup de problèmes. Alors, depuis 1993, je n'ai pas joué avec une femme mariée, je n'ai pas joué avec une autre femme ».*

6.1.5.1. Réflexion sur le but et les enjeux de sa migration

A un moment de leur trajectoire sociale et sexuelle, certains migrants vont remettre en question leurs comportements sexuels et adopter des pratiques plus sécuritaires, comme la réduction du nombre de partenaires, la fidélité à son épouse ou encore l'abstinence durant la

quête d'une copine régulière en qui ils auront confiance. Certains vont alors se recentrer sur des préoccupations plus pragmatiques et sur les responsabilités qui leur incombent envers la famille restée au village. Les considérations économiques, ci-dessus, amènent certains à faire le choix de ne pas s'engager dans une relation régulière avec une femme et de ne pas avoir de "copine régulière" durant le séjour en ville. Ils ne souhaitent pas être sollicités de quelque façon que ce soit. Certains vont s'abstenir dans l'attente de retrouver leur épouse restée au village, d'autres vont fréquenter ponctuellement les prostituées en se protégeant lors des rapports sexuels.

INF-5 (372): « Pourquoi j'ai changé ? On dit que le seul être bon c'est Dieu, j'ai su maintenant que c'est moi que le devoir interpelle et non mon père. Quand je me suis marié, j'ai su que je me devais d'être droit d'autant plus que celle que j'ai épousée n'est pas ma parente. Ce que je gagne, je "creuse un trou" et je le mets dedans (je gère bien ce que je gagne), je me prive pour satisfaire ma famille ».

6.1.5.2. Peur du sida et prise de conscience de la gravité de la maladie

Quand la peur du sida et de ses conséquences au niveau individuel, familial et communautaire devient trop forte et s'ancre dans une réflexion profonde sur le sens de la vie, alors elle peut devenir un élément moteur pour le maintien ou le changement vers des pratiques moins dangereuses face au risque d'être infecté par le VIH.

INF-5 (301): « A propos du sida, je me pose certaines questions. Ma femme par exemple, je me dis que je suis ici et elle est là-bas au village. Si je fais des conneries ici, je peux prendre ici la maladie et l'emporter là-bas. Je vais ainsi la condamner, me condamner et condamner ma progéniture. Car je ne sais pas, je peux bien prendre la maladie ici et aller là-bas la contaminer et vous condamner. Elle aussi qui reste là-bas, si elle ne fait pas attention, si elle "joue", elle va me condamner. Donc chaque nuit avant que je ne dorme, je réfléchis sur les effets de cette maladie dans le monde ».

6.1.5.3. Richard-Toll perçu comme un lieu de libertinage sexuel et une zone à risque de sida

A travers le discours des migrants, une distinction semble s'opérer entre le village, perçu comme un lieu plus sûr, et Richard-Toll, espace urbain perçu comme un lieu de brassage, un "endroit dangereux" où le risque d'être infecté est plus élevé. Cette analyse spatiale qu'effectuent les migrants va influencer directement sur l'élaboration de scénarios pour s'adapter à leur nouveau contexte.

La majorité des informateurs migrants n'ont pas vu un cas de sida ni entendu parler d'un cas de proximité au village ou en ville. Néanmoins, sans être réellement convaincu de l'existence du

sida à Richard-Toll, un doute assez fort subsiste parmi les migrants pour motiver à orienter ou réorienter son activité sexuelle vers le village.

INF-7 (228): « Je ne pense pas que le sida soit répandu là-bas au village. Mais c'est dans les "téro" (centres urbains) que l'on entend davantage parler du sida ».

INF-9 (400): « Je sais pas si le sida est répandu à Dimat mais je crois qu'il est beaucoup plus répandu ici parce qu'il y a un plus grand libertinage sexuel ».

INF-6 (249): « Tu sais, même parmi ceux qui résident ici, les natifs, rares sont ceux qui ne jouent pas. Tu vois même chaque jour un résident marié qui entre dans les "roukh" (sentiers menant aux maisons closes), alors que ce sont des chefs de famille ».

Pour certains célibataires pratiquant l'abstinence en ville et/ou le recours à la prostitution en maisons closes couplée à une activité sexuelle centrée sur le village, cette stratégie permet de combiner deux éléments: une "impression de sécurité" en se tournant vers le cercle des partenaires potentielles du village que l'on connaît de longue date, tout en bénéficiant, consciemment ou non, de son pouvoir attractif sur les femmes résidant en milieu rural. Et pour le migrant de passage au village, il est plus facile de trouver une partenaire dans le cercle des connaissances de sa génération. La gestion du risque devient alors une stratégie multidimensionnelle faisant intervenir différents critères. En opérant des allers/retours fréquents vers le village, plusieurs se pensent dans un système relationnel "protecteur" leur évitant de cibler des partenaires occasionnelles urbaines perçues à plus grand risque ou d'avoir à recourir trop souvent à la prostitution.

6.1.5.4. Rester célibataire, un choix délibéré pour certains

Beaucoup d'hommes, en venant en ville, vont modifier leur schéma relationnel en fonction de choix économiques. Ils ne recherchent pas à s'engager dans une relation avec une copine régulière, ce type de relation étant perçu comme trop prenant et engageant trop de dépenses.

INF-9 (550): « Là-bas, à Dimat j'avais des copines, et maintenant à Richard-Toll je "frappe" les prostituées, c'est vrai. Mais je ne suis pas venu ici pour chercher des copines, je suis venu pour travailler. Parce que si tu as une copine, à chaque fois qu'un bal sera organisé, la fille te demande d'y aller avec elle ».

INF-6 (138): « A Haéré je "frappais" mais ici je n'ai "frappé" qu'une seule fois, mais ce n'est pas à cause d'un manque d'amies ou de connaissances que je ne frappe pas ici [rires]. Ici si tu as une copine, tu n'auras que des problèmes. Elle te dira chaque jours, donnes-moi cela, or tu n'es pas solide financièrement ».

Mais rester célibataire à Richard-Toll "en attendant de trouver l'âme sœur" ou "par souci économique" comporte une part de plus grande vulnérabilité. Le recours ponctuel à la

prostitution reste toujours possible avec les travailleuses du sexe du secteur officiel ou avec des femmes s'y adonnant de façon occasionnelle dans la clandestinité.

6.1.6. Construction du risque

Ce dernier chapitre des résultats n'a pas la prétention d'aborder en profondeur une question aussi vaste que la construction sociale du risque de sida dans le contexte de la migration interne en milieu Haalpulaar. Néanmoins, il rend compte de certains aspects significatifs qui ont émergé de l'analyse qualitative et que nous présentons comme un ensemble de perceptions juxtaposées qui témoignent de la complexité du phénomène.

Ce chapitre s'organise autour de quatre aspects de la perception par les migrants:

- de la ville de Richard-Toll en regard du risque de sida;
- du risque d'infection par le VIH;
- de leur propre vulnérabilité face au VIH/SIDA;
- de la migration, des autres migrants, et des bénéfices éventuels retirés de leur expérience.

Aborder la construction du risque, c'est se pencher sur le poids des croyances et des valeurs dominantes dans la communauté, s'intéresser à l'accès à l'information, à l'interprétation et à l'appropriation des différents messages qui circulent. C'est également prendre en compte l'influence des modèles de relation homme/femme et des normes sociales en matière de mariage et de sexualité, ainsi qu'à la place occupée par la religion musulmane avec son ensemble de règles et de prescriptions. Le phénomène sida génère parmi les migrants interviewés un ensemble de métaphores très diverses, suscite bon nombre d'interrogations et véhicule de nombreuses craintes.

6.1.6.1. Perception du milieu urbain: des avis partagés

Richard-Toll semble produire des niveaux de crainte variables chez les migrants interviewés: il y a ceux qui sont fortement convaincus que le sida est très présent en ville, et ceux qui en doutent. Si globalement Richard-Toll est perçue comme une zone plus à risque de sida que le village, « *un coin pas sûr* » nous dit INF-10, elle n'engendre pas le même degré d'inquiétude parmi les migrants, et cette inquiétude ressentie ne va pas se traduire systématiquement par une adaptation des conduites affectives et sexuelles.

Les migrants interviewés procèdent dans leur construction de la réalité à une séparation des mondes, le village, lieu de naissance et familial, étant en règle générale perçu comme un lieu sûr en regard du risque de sida, et la ville, complexe et cosmopolite, ressentie comme un

endroit dangereux. Mais si certains ressentent Richard-Toll comme un contexte à plus grand risque, une "zone peu sûre et plus dangereuse que le village" du fait du plus grand libertinage sexuel ambiant, d'autres associent le risque de sida au fait de résider dans des grandes villes, des capitales comme Dakar, et surtout d'autres pays d'Afrique de l'Ouest comme la Côte d'Ivoire et l'Afrique de l'Est et du Centre.

INF-7 (175): « Moi, je ne pense pas que la maladie soit répandue dans notre contrée ».

INF-4 (166): « Est-ce que le sida est répandu au Sénégal? Je crois qu'il existe des zones où il est largement répandu. Mais, ici à Richard-Toll, en vérité, je ne sais pas s'il existe ».

INF-11 (405): « Le "jeu" est répandu ici parce qu'il y a un grand brassage de personnes et les personnes n'ont pas toutes les mêmes comportements et on dit que là où il y a un brassage, on trouve des personnes très positives comme on y trouve des personnes négatives ».

INF-1(225): « Avant même de venir ici à Richard-Toll, j'avais entendu dire que la maladie est fréquente ici ».

D'autres, pour se sécuriser ou donner un sens à leurs comportements risqués vont s'appuyer sur des informations obtenues çà et là et réinterprétées à travers le filtre des croyances, des valeurs et des expériences précédentes. INF-2 nous confiait que « *c'est un infirmier qui m'a dit qu'il n'y avait pas de sida à Richard-Toll* ».

Richard-Toll, ville escale et ville carrefour, avec son vaste secteur informel et son marché sexuel potentiel oblige à s'intéresser au rapport qu'entretiennent les migrants avec l'espace: *lieux de vie, de travail, d'interaction sociale et de rencontre/négociation pour les échanges sexuels*. Si des lieux semblent bien identifiés pour des négociations plus faciles comme certains bars du centre-ville, les maisons closes et les *roukh* de la route principale, beaucoup d'interactions vont se jouer dans des espaces de négociation plus subtils et discrets issus, entre autres, des activités polymorphes générées par le secteur informel. En effet, ce vaste secteur d'économie souterraine donne son empreinte identitaire à la ville. Il réorganise les rapports sociaux et économiques, amène une certaine vitalité et, s'adapte au fur et à mesure que la ville s'étend.

La plupart des informateurs reconnaissent qu'à Richard-Toll, il est très facile d'arrêter une femme qui marche et de lui faire des propositions qui pourront rapidement déboucher sur une relation sexuelle. Dans le Sénégal d'aujourd'hui, « *il est très courant de rencontrer une femme et d'avoir un contact sexuel avec elle le même jour* » (A. F., assistant social de l'ASBEF).

Les témoignages de nos informateurs viennent enrichir ces propos:

INF-2 (141): « Les femmes, moi, je leur parle, je leur expose ce que je veux [rires]. Elles peuvent accepter comme elles peuvent refuser. **Si elles acceptent, cela peut être toute de suite ou bien après. Ton devoir c'est d'exposer ce que tu veux [rires]** ».

INF-10 (369): « Ce qui est ici et ce qui est au diéri c'est différent. Le "jeu" d'ici est différent de celui de là-bas. **Ici tu peux rencontrer une vendeuse de lait, lui donner 500F ou 1 000F, tu l'emmènes et tu passes la journée avec elle. Tu sais mes cousins du diéri s'ils découvrent ce "jeu", ils deviennent accros, et ils ne vont plus rentrer dans leurs villages. Alors que d'autres sont ici pour gagner leur vie** ».

6.1.6.2. Le sida, "c'est l'autre, c'est ailleurs"

A travers les récits de vie migratoire, on observe une tendance à des modèles explicatifs bien ancrés qui perpétuent la conception du sida "venu d'ailleurs". Le sida, "c'est l'autre, l'inconnu, l'étranger" ou encore le migrant parti à l'étranger qui ramène le sida au pays, au village. Cette perception, associée au caractère invisible⁷⁵ de la maladie complexifie les représentations et pourra entraîner une sous-évaluation de l'ampleur du problème et de fait, le risque d'un désengagement individuel face au problème du sida.

INF-4 (192): « Tu sais que des migrants quittent le Fouta pour aller à Dakar ou dans d'autres pays, le Gabon par exemple. Ce sont eux qui vont jouer là-bas avec des femmes. **Ils contractent la maladie et reviennent l'introduire dans leur village. C'est comme cela que ça se passe** ».

Pour les migrants interviewés, quitter les villages du Fouta pour aller vivre à Richard-Toll ne semble pas inquiéter outre mesure. Dans un processus de migration interne, on se sent moins vulnérable au VIH que lors d'un choix de migration vers d'autres pays africains. En ne quittant pas la Vallée, et en restant dans une certaine proximité avec le village, beaucoup se pensent à l'abri du risque de sida.

INF-6 (206): « Les gens disent que le sida est répandu. A Haéré, je ne l'ai pas entendu, et je ne le pense pas. On dit qu'il y en a ici mais je n'en suis pas certain. Je ne sais pas si ici cela existe ou non. Ce sont les gens seulement qui en parlent ».

6.1.6.3. Le sida est "donné par les femmes"

6.1.6.3.1. Forte croyance ou refus de voir la réalité

Pour beaucoup d'hommes interviewés, la responsabilité du problème en incombe aux femmes, "ce serait par elles que diffuserait le sida". INF-8 nous confiait précédemment: « Une femme qui change fréquemment de partenaire, cette femme elle peut rencontrer la maladie ». La majorité des migrants de l'étude perçoivent le risque de contamination à travers les

<p><i>fidde</i>: qui "pique ou mord" l'individu, dans le cas d'une MST ou du sida <i>fiddedé</i>: être "piqué" <i>rafi leeso</i>: maladie du lit <i>sopis</i>: chaude-pisse</p>
--

⁷⁵ Ce point est développé en page 103 [*Le sida, une connaissance théorique, non confrontée à la réalité*]

femmes - femmes aux mœurs légères et prostituées. Pour eux, le sida est apporté par les "femmes qui jouent beaucoup", et cette conception inégalitaire du risque de contamination renforce les préjugés établis, et favorise le maintien d'attitudes et de comportements non responsables et peu sécuritaires. Plusieurs de nos informateurs, en faisant référence au sida transmis par les femmes et donc en percevant le problème à travers le prisme déformant de leurs préconceptions, s'excluent systématiquement des personnes vulnérables au VIH.

INF-5 (283): « Oui, ce sont les femmes qui transmettent la maladie parce que comme je te le disais, je vais chaque jour travailler, si un soir je vois une femme dont je ne connais pas l'itinéraire (je ne sais pas d'où elle vient) et que je lui donne 500F ou même elle peut se donner à moi gratuitement, alors qu'elle a peut-être la maladie, et je vais l'avoir aussi ».

INF-1 (279): « Les prostituées, tu ne peux pas savoir si elles sont malades. Il y a des prostituées qui diffusent la maladie ».

INF-12 (110): « J'ai entendu dire que c'est le "jeu" qui donne ça, les femmes qui "jouent". Les hommes qui "jouent" attrapent ça auprès des femmes qui "jouent" (...) Et puis, si le gouvernement veut aider les gens, que toutes les prostituées qui sont dans les bars trouvent des maris, qu'elles soient mariées. Puisque ce sont elles qui donnent la maladie, qu'on trouve à chacune d'entre elles un mari ».

6.1.6.3.2. Multipartenariat des femmes perçu comme un danger

Dans ce modèle explicatif masculin, les informateurs ne semblent pas se remettre en cause, même quand leur réseau sexuel comporte un nombre important de partenaires. La perception du risque, biaisée par des préjugés ou des représentations populaires mettant l'accent sur la femme (MST: "maladie des femmes"), se replace également dans un ensemble de considérations relatives au relâchement des mœurs en ville, et au fait que les femmes ont tendance également à avoir plusieurs partenaires sexuels.

INF-7 (276): « Dans la plupart des cas, ce sont les femmes qui emmènent le sida. Tu vois des femmes dont le métier consiste à "jouer" avec un homme, ensuite à jouer avec un autre et ainsi de suite ».

INF-9 (419): « Tu as une femme qui ne se limite pas à toi, qui a d'autres partenaires ».

Il se dégage des discours une sévérité de jugement à l'égard des femmes plus libres, "qui voguent d'un homme à l'autre" et qui conjuguent plusieurs partenaires masculins. Cette liberté dérange, et quelques migrants en arrivent à catégoriser les femmes en deux groupes: sérieuses vs exagérées. Cette conception inégalitaire et asymétrique est un reflet du rapport de genre qui prévaut.

INF-7 (54): « Tu sais tu ne peux pas dire que tu ne peux pas prendre une maladie à partir de la femme car les femmes ne sont pas égales. Tu peux avoir une copine qui est rangée tout comme il y

a d'autres femmes qui dans un espace donné ont un "comportement exagéré" (jeu fréquent ou partenaires multiples). Avec celles-là, si tu ne fais pas attention et que tu as affaire à elles, tu peux y ramasser une maladie ».

INF-12 (92): « D'ailleurs, ça fait partie des choses qui apeurent aujourd'hui les gens. Les gens disent que si tu couches avec une femme que tu ne connais pas, une femme qui "circule", tu peux attraper la maladie. On demande aux gens de faire attention, c'est pourquoi beaucoup ont peur et se méfient ».

Par ailleurs, des attitudes sexistes à l'égard du problème MST/SIDA persistent au quotidien, comme en témoigne INF-7, à propos d'une consultation pour des symptômes évoquant une MST.

*INF-7 (80): « Je l'ai senti d'abord par des maux de ventre, puis le mal s'est estompé et ça a enflé, et j'ai traîné avec puis je suis allé voir le docteur, et le docteur m'a dit... [hésitations], le docteur m'a examiné et il m'a dit **que ce sont des femmes qui m'ont "fiddé"** (piquer ou mordre mais signifie la contamination par une MST) ».*

6.1.6.3.3. Réactions des hommes face aux comportements des femmes "libres"

La notion de rapport sexuel rapproché et sans préservatif inquiète plusieurs hommes interviewés, et quand ils ont un doute sur d'éventuels comportements infidèles de leur partenaire, ils vont s'abstenir de façon ponctuelle. Face à des preuves trop flagrantes d'infidélité, certains vont se désengager de la relation. C'est le cas de INF-9:

*Extraits de conversation avec INF-9 (42): « I: A Dimat, avais-tu des copines? M: Oui I: Une seule ou plusieurs? M: Oui plusieurs. A Dimat, j'avais plusieurs copines, c'étaient plutôt des jeunes filles. J'avais une seule régulière mais il m'arrivait d'aller "tirer" ailleurs. Mais maintenant, avec ma régulière, nous sommes séparés. Nous avons rompu avant que je ne quitte Dimat. I: D'accord, mais pour quelle raison avez vous rompu? M: A cause de problèmes. I: Quels problèmes? M: **Des problèmes comme [silence léger] nous sommes ensemble (liés) et puis elle va "jouer" avec un autre. J'ai été au courant, on m'a informé** ».*

Pour d'autres, le risque viendrait d'une part, de la multiplication des partenaires sexuels masculins chez la femme, et d'autre part, de leurs relations sexuelles rapprochées dans le temps avec des partenaires différents. INF-7 et INF-10 nous font partager leurs inquiétudes.

INF-7 (236): « Ah, si je ne me "retiens pas trop" (si je ne me contrôle pas) je peux avoir la maladie car le sida est donné seulement par les femmes. Ce sont les femmes qui donnent le sida. Si tu es un homme qui veut "être" (coucher) avec toutes les femmes, les femmes qui "jouent" toute de suite avec un homme et juste après avec un autre homme, si tu ne fais attention à ces femmes tu vas y "ramasser" une maladie ».

INF-10 (301) « Si je pense à ce qui se dit sur le sida, j'ai peur. Car le "jeu" exagéré peut emmener le sida, et toutes les femmes ne sont pas les mêmes. Certaines femmes se limitent à un seul homme, il y en a d'autres qui voguent d'un homme à un autre ».

6.1.6.4. Le sida, on l'attrape par le "jeu"

La grande majorité des migrants interviewés pensent que c'est en multipliant les partenaires et les rapports sexuels que l'on s'expose au risque d'être infecté par le VIH. « *C'est dans le jeu qu'on l'attrape* ». "Jouer", comporte une connotation de transgression d'interdit comme par exemple avoir des partenaires multiples en dehors d'un cadre polygamique officiel, être un vagabond sexuel en ne s'en tenant pas à une seule partenaire à la fois, ou avoir des relations avec des femmes mariées. Dans le cas d'une relation illégitime, les informateurs ont souvent utilisé le terme "*voleur*" pour désigner celui qui joue avec la femme d'un autre.

<i>fiide</i> : "frapper", "jouer", avoir un rapport sexuel, avec une connotation illégitime <i>djinaa</i> : fornication <i>pijoowo</i> : coureur, celui qui "joue" beaucoup <i>janoowo, cagaaji</i> : celle qui tombe, ou qui se couche, celle qui tombe "de sa fierté", une femme aux mœurs légères, désigne aussi la prostituée
--

INF-3 (265): « *Tel qu'on en parle, le sida affecte ceux qui "jouent", surtout les personnes qui n'utilisent pas ce que les blancs nous ont montré, la capote* ».

INF-1 (290): « *Ce que je sais c'est que le "jeu avec un femme" donne le sida. Tu peux voir une femme et "jouer" avec elle, si elle a le sida, elle te le donne* ».

INF-10 (16): « *Nul ne peut rester en un lieu sans y avoir des copines. J'en avais, je ne te le cacherai pas. A cette époque, je n'avais qu'une seule copine. C'était une femme mariée. Je "volais" seulement (rires). Nous sommes restés ensemble pendant trois années* ».

INF-10 (220): « *Oui, j'ai peur de la maladie mais tu sais que parfois tu es dans une situation, même si tu as peur tu vas "faire". (...) Situation veut dire le temps où tu as l'âge d'être aimé des filles et d'aimer aussi les filles. En cette période de ta vie, tu ne penses qu'au plaisir, "jeu" compris. Même si tu penses à la maladie, tu ne vois que ce plaisir. Tu n'auras peur de rien bien que tu puisses penser à la maladie* ».

INF-9 (417): « *Le sida, c'est dans le "jeu" qu'on l'attrape, entre l'homme et la femme* ».

Mais où commence le "jeu dangereux"? A partir de combien de partenaires? Pour plusieurs informateurs, le jeu risqué est associé à un grand multipartenariat, comme d'avoir quatre à cinq partenaires de façon concomitante. L'évaluation du risque encouru semble s'articuler étroitement au grand nombre de partenaires et à la fréquence des rapports sexuels. Pour certains informateurs migrants, avoir deux ou trois partenaires de façon concomitante ou quelques contacts sexuels mensuels en maison close ne semble pas être perçu comme une situation risquée. C'est ce que pense INF-9, qui fréquente les prostituées « *seulement une à deux fois par mois* » mais en ne se protégeant pas (!), ne pense pas au sida et ne se sent pas à risque avec cette fréquence jugée raisonnable. L'appréciation du risque découle ainsi d'un raisonnement plus centré sur l'ampleur du réseau des partenaires et sur l'intensité de l'activité sexuelle que sur le type de partenaire rencontrée.

INF-6 (326): « *Pour se préserver du sida, il faut être prudent. Cela veut dire ne pas "frapper" toutes les filles qui se présentent à toi, cela signifie aussi que ce n'est pas toute fille qui te dépasse* ».

(dans la rue), tu l'appelles pour la "frapper". Je crois que ce sont là les façons d'être prudent. Mais "frapper" chaque jour ce n'est pas bon ».

INF-11 (280): « Les personnes qui jouent le plus sont celles qui ne pensent qu'à ça, au jeu, au sexe. Et, je sais qu'un migrant qui se méfie, il peut éviter la maladie mais un migrant qui ne se méfie pas, il peut avoir non seulement cette maladie mais aussi bien d'autres maladies ».

Le modèle explicatif élaboré par les migrants, renvoyant aux "autres", à "ceux qui jouent beaucoup", va avoir des conséquences défavorables en matière de gestion du risque puisqu'il maintient les migrants concernés dans une fausse impression de sécurité. Celui qui de temps en temps a une relation ponctuelle non protégée avec une partenaire occasionnelle, ou un recours ponctuel au commerce du sexe ne va pas ressentir d'inquiétude particulière face au risque d'infection. Ne pas se sentir appartenir à cette catégorie identifiée à risque induit un défaut de perception de sa propre vulnérabilité au VIH.

6.1.6.5. Le sida, une connaissance théorique non confrontée à la réalité

Deux niveaux d'invisibilité, plusieurs degrés de complexité: les migrants rencontrés éprouvent des difficultés à se représenter le risque d'infection par le VIH du fait du caractère d'invisibilité lié à la maladie. L'absence de signes durant une période plus ou moins longue chez une personne contaminée par le virus du sida complexifie les perceptions et les représentations. Les spécificités de la maladie, lente et silencieuse la rendent encore plus insaisissable et vont générer des inquiétudes et des peurs. Qui est porteur du virus et qui ne l'est pas? C'est un peu le questionnement de INF-1:

INF-1 (70): « Comme moi par exemple je réfléchis et je me dis que je dois fuir la maladie. Mais je fuis la personne que je suspecte être malade, et qui en réalité n'est pas malade, alors que celle vers qui je me dirige est malade et elle me contamine. A mon tour je vais contaminer d'autres personnes. Donc, tu ne peux te dire que telle personne est "avec ça" (le sida) tant que tu n'es pas arrivé avec elle chez le soignant qui déclare alors que cette personne est avec ça ».

INF-7 (184): « Il est possible que certaines personnes soient malades sans le savoir ».

A ceci, se surajoute un deuxième niveau d'invisibilité et de complexité lié à la faible prévalence de l'infection au VIH dans la région. Alors, pour la plupart des hommes interviewés, le sida reste une "**maladie théorique**" étrangère à leur environnement social immédiat, présente de façon virtuelle et relayée par les médias locaux ou nationaux. Rares sont ceux qui ont été confrontés de façon directe au problème du sida, dans leur famille ou dans leur proche entourage, ou qui ont rencontré une personne malade en ville. Le plus souvent, les informateurs en ont entendu parler au village à travers des histoires rapportées ou des rumeurs entourant la maladie ou le décès d'un individu au retour d'un voyage en Côte

d'Ivoire ou en Afrique Centrale. D'autres ont été exposés à une information sur le sida en arrivant à Richard-Toll.

INF-1 (92): « Je n'ai pas encore "posé mes yeux" sur quelqu'un qui a le sida ».

INF-2 (210): « Mais puisque je n'ai pas vu quelqu'un qui a la maladie, je ne suis pas certain de son existence. J'ai entendu seulement que la maladie existe et je n'ai pas vu un tel qui l'a. Je ne peux confirmer ni infirmer l'existence de la maladie ».

*INF-11 (256): « Je ne suis pas au courant de quelqu'un qui aurait le sida dans mon village. **J'ai vu des malades à télévision.** Ils sont maigres et je sais qu'ils sont malades. Tu en vois de courbés. Ceux que j'ai vu à la télé, je saurai les reconnaître mais quant à reconnaître quelqu'un qui a le SIDA, je ne peux pas ».*

*INF-7 (150): « Oui, j'y pense au sida puisque j'ai entendu dire que le sida ce n'est pas bon. Une personne si elle entend que cette chose est mauvaise, au moment de la faire, elle va réfléchir. Même si tu n'as pas vu cette chose, tu as entendu les gens en parler. Bon, **c'est un peu obscur, le sida, j'en ai seulement entendu parler** (...) Si au moins, j'avais vu quelqu'un qui a la maladie, j'en saurais quelque chose mais je n'en ai pas vu. Mais les gens en parlent, alors j'y crois ».*

INF-7 (191): « Je crois que la maladie est répandue ici à Richard-Toll mais elle n'est pas très répandue. C'est ce que je crois, mais en ce qui me concerne, je n'ai pas vu quelqu'un qui a la maladie ».

La difficulté récurrente semble liée au fait que, pour beaucoup d'entre eux, le phénomène du sida reste **abstrait, lointain et impalpable**, ce qui peut chez certains entretenir un doute à l'égard de l'existence réelle de la maladie. Quand nous avons demandé à INF-3: « *Est-ce que tu penses courir un risque en couchant avec une fille qui refuse que tu mettes le préservatif ?* ».

Il nous a répondu:

INF-3 (362): « Moi, même si le risque existe, je ne perçois pas ce risque d'autant plus que je n'ai pas encore vu cette maladie, je n'ai pas donc peur ».

Face à ce "**double niveau d'invisibilité**", il est alors difficile de percevoir le risque, et tout se passe comme si les connaissances théoriques acquises ne trouvaient pas d'appui, d'objectivation dans la réalité du milieu. Alors plusieurs en arrivent à douter de l'existence du sida. Et tout ceci va participer à la faible prise de conscience et de responsabilisation face au risque. S'ils sont plus ou moins convaincus de l'existence de la maladie, à travers la synthèse qu'ils se font d'une information composite, la plupart des informateurs ne vont pas mettre en pratique les informations reçues en matière de protection face au péril du sida.

INF-10 (248): « Depuis que j'ai commencé à faire l'amour, je n'ai jamais été "mordu" (je n'ai jamais eu de MST). Je crois réellement que le sida existe car je l'ai vu à la télé. Quand tu as vu ça en face à la télé, tu sais que ça existe ».

6.1.6.6. La conséquence d'un châtement divin

L'Islam condamne les relations sexuelles avant le mariage et les relations avec des partenaires multiples en dehors du mariage. Dans le cadre du mariage polygamique, l'Islam permet à l'homme d'épouser jusqu'à quatre femmes, s'il peut leur garantir une vie dans des conditions de subsistance acceptables.

A travers le filtre de la religion musulmane, la maladie est revisitée et pour beaucoup, le non respect des prescriptions⁷⁶ dictées par l'Islam en matière de mariage et de sexualité pourra avoir comme conséquence une punition qui pourrait s'exprimer sous la forme d'une maladie grave comme le sida. Dieu et l'Islam reviennent régulièrement dans les récits des migrants.

INF-3 (209): « J'ai entendu ceux qui connaissent dire que l'on contracte la maladie dans le "djinaa" (fornication). Il y a des marabouts, des érudits qui disent que le sida, c'est maintenant seulement que les blancs ont découvert la maladie, mais depuis longtemps on en parlait (on le savait) dans la religion musulmane et que Dieu a dit à ce propos dans "le Livre" que toute personne qui pèche et qui dans le péché contracte une maladie, celle-ci ne guérira pas jusqu'à la mort ».

INF-2 (210): « Je sais que le SIDA existe, une personne peut le contracter. La maladie circule, si Dieu décide de la donner, tu l'auras ».

INF-10 (269): « Pour moi, l'individu, si Dieu décide de lui donner une maladie, il l'attrapera. Mais tu peux vivre "jusqu'à ce que Dieu te ramène" (jusqu'à ta mort) sans avoir cette maladie. C'est une question de destin. Si Dieu décide que tu auras cette maladie, tu ne pourras rien, tu ne pourras pas l'éviter ».

Penser le sida comme une sanction divine punissant des comportements condamnables va favoriser le maintien d'un sentiment d'impuissance face à un risque qui paraît alors disproportionné. Et puis, "Dieu décide de tout", alors il est facile pour certains de faire un raccourci pour expliquer l'expansion du sida à Richard-Toll dans un contexte de relâchement des mœurs avec un grand libertinage sexuel. Mais s'en remettre à Dieu pour ne pas être touché par la maladie va induire un doute sur sa propre efficacité à se protéger d'une éventuelle contamination par le VIH, avec le risque sous-jacent de négliger toute stratégie de protection efficace. INF-1, qui n'a jamais utilisé le condom, nous confie:

« La nuit, Dieu dort ».
Proverbe mauritanien

INF-1 (208): « La maladie j'y pense. Même avant de "frapper", mon esprit est là dessus (j'y pense). Mais c'est rien, si tu dois être contaminé, tu seras contaminé. Et si je suis contaminé, je reste avec jusqu'à ce que je guérisse, sinon c'est dans la mort que je guérirai (je ne guérirai pas et la mort sera la seule issue) ».

⁷⁶ Les informations relatives à la religion musulmane ont été présentées dans le chapitre *Contexte* (page 11).

INF-11 (395): « Si Dieu me vient en aide, je persévérerai dans cette direction car c'est Dieu qui avait décidé que je m'écarte du droit chemin (que je "joue") et c'est lui aussi qui m'a détourné du jeu, et je ne sais pas s'il ne va pas me ramener de nouveau dans le "jeu" ».

INF-3 (268): « Moi je suis certain de ce qui est dit dans le Coran. Si l'individu suit les consignes religieuses, donc s'il ne pêche pas, je crois qu'il ne contractera pas la maladie ».

6.1.6.7. Une mosaïque de représentations

Il semble émerger un consensus parmi les migrants interviewés sur l'absence d'autre dénomination pour le sida. C'est "la maladie des blancs", ou le *fidde*, apparenté au terme générique des autres MST. Avec son caractère de maladie grave et mobile, le sida induit de nombreuses craintes.

Voici quelques perceptions juxtaposées qui viennent étayer nos impressions:

- Le sida, une mauvaise maladie souvent mortelle

INF-10 (409): « Le sida c'est une maladie grave, **une maladie qui tu portes pendant des années et qui te ronge** au point qu'il ne te reste que ta tête. Tu sais que ça, c'est une maladie grave. C'est à la télé que j'ai vu ça ».

INF-8 (247): « C'est une grave maladie car elle tue, or une maladie qui tue est une mauvaise maladie ».

- Le sida, une maladie mobile

Là encore, on stigmatise les migrants et les personnes mobiles:

INF-11 (174): « J'ai déjà causé du sida avec ma femme, et une fois, elle m'a dit que les gens qui migraient introduiront le malheur dans le village, et que ceux et celles qui se déplacent vont amener la maladie dans d'autres endroits. Je lui ai dit que les migrants peuvent ramener la maladie mais que la personne qui reste au village peut aussi donner la maladie car un homme étranger porteur de la maladie peut venir ici et avoir un rapport sexuel avec une femme du village. Donc une femme du village peut donner ».

INF-1 (202): « **La maladie c'est quelque chose de mobile, qui bouge, qui ne reste pas en un lieu.** Ça va, ça vient, ça bouge, surtout maintenant. Et puis, tu ne peux pas dire si la maladie contamine ou non. Tu peux rester, un beau jour tu entends que telle personne a la maladie sans savoir où elle a chopé ça. Donc tu dois faire attention ».

- Craintes liées au sida

En associant des dimensions incontournables telles que la vie, l'amour, la sexualité et la mort, le sida engendre un ensemble d'interrogations et de craintes profondes parfois irrationnelles. A Richard-Toll, il y a des migrants qui "jouent" beaucoup et leurs comportements vont en faire réfléchir certains et en inquiéter d'autres d'autant que les préjugés liés à la peur de la stigmatisation ou de la vengeance sont toujours présents.

INF-5 (287): « Tu sais, si j'étais sûr que j'avais le sida et si je le veux, je pourrai créer le chaos dans le monde. Je peux travailler et gagner 50 ou 60 000F, et destiner tout cela à mon oeuvre de création du chaos au sein de la ville. Des 60 000F, je n'y prélèverai pas un seul sou à donner à mes parents, car toute femme à qui tu donneras un billet de 10 000F se donnera à toi. Ce sont ceux-là en fait qui peuvent propager la maladie, les personnes qui savent qu'elles sont condamnées. Si je savais par exemple que j'étais condamné et que je me suicide en conséquence, la maladie n'allait pas se propager ».

- Femmes âgées et incompatibilité des fluides corporels

Avoir une partenaire âgée expose à un risque accru compte tenu de leur grande expérience présumée avec les hommes, mais aussi dans la mesure où les fluides corporels sont perçus comme incompatibles, et lors d'un contact intime, cet échange de fluides rend la femme susceptible de transmettre le sida à l'homme.

INF-7 (279): « Un autre cas, tu peux "tomber" (au sens sexuel) sur une femme plus grande⁷⁷ que toi, une grande "ceemedo". Par exemple, tu as 15 ans et tu vas "jouer" avec une femme de 20 ou 30 ans. Si tu ne cesses de jouer avec ces femmes cela va te rendre malade. (...) Cela s'explique par le fait que vos "eaux" l'eau que tu as (sperme) et l'eau qu'elle a (sécrétions vaginales) ne sont pas identiques. Si elle te donne son "eau", si tu ne fais pas attention tu seras malade, mais la maladie ne se déclarera pas rapidement. Tu peux y ramasser une maladie mais elle n'apparaîtra pas tout de suite. Il faudra quelque temps pour pouvoir la sentir ».

6.1.6.8. Connaissance du sida et sources d'information

6.1.6.8.1. Des connaissances, oui mais...

Les travailleurs migrants rencontrés possèdent un ensemble de connaissances minimales mais justes sur le sida, dans la mesure où tous peuvent citer la voie sexuelle (le "jeu") comme mode de contamination, et le préservatif comme moyen pour s'en protéger. En revanche, tous ne sont pas en mesure de fournir plus d'un ou deux signes clinique comme l'amaigrissement ou la diarrhée.

INF-3 (241): « D'après ce que j'ai vu à la télé, l'individu maigrît et ses yeux deviennent très blancs, c'est comme ça qu'apparaît la maladie. C'est ce que j'en sais ».

6.1.6.8.2. Méconnaissances et fausses croyances

Par ailleurs, à ce niveau de connaissances sommaires se greffent un ensemble de fausses croyances et de conceptions erronées à propos des modes de contamination. Pour INF-1, certaines pratiques sont dangereuses comme « se laver avec le "djampé"⁷⁸ d'une personne atteinte ». INF-6 lui, évoque la nature héréditaire de la maladie et pense qu'une femme peut

⁷⁷ au sens de plus âgée

⁷⁸ sorte de gant de toilette traditionnel fait de fibres de palmier

être née avec le sida et qu'il faudra s'en méfier. INF-10 lui, a entendu dire « *qu'un marabout de Dakar avait trouvé un médicament contre le sida* ». Pour INF-5 il peut être dangereux d'entrer dans la chambre d'un malade du sida et de respirer son air.

INF-5 (257): « Je sais pourquoi je peux croire que j'ai le sida. Ce n'est pas parce que tu es seulement marié et fidèle dans ton mariage que tu ne peux pas avoir le sida. Il arrive que tu achètes une lame de rasoir à la boutique. Tu la trouves bien emballée mais quand tu cherches à t'en servir pour le rasage, ça coince tout d'un coup, il se peut qu'elle ait été déjà utilisée, tu ne peux savoir. Autre exemple, toi (il s'adresse à moi), tu es venu et tu es entré dans ma chambre tu ne sais pas ici j'ai le sida et dans ce cas tu peux respirer l'air que je dégage, tu prendras le sida, tu peux boire dans mon canari et avoir le sida. Tu comprends? Tu peux aussi t'asseoir sur mon matelas et avoir le sida ».

INF-1 (294): «Tu peux aussi prendre son habit tu le portes et puisqu'il avait le sida, il va te le filer».

Ainsi, idées reçues, fausses croyances et rumeurs circulent, se juxtaposent à côté des messages officiels et contribuent à complexifier le processus de construction du risque de sida. Une confusion souvent rencontrée parmi les informateurs migrants est qu'une MST grave ou mal soignée, un *fidde* qui dure, pourra évoluer lentement vers un sida.

INF-5 (268): « Je peux faire l'amour avec ma femme et elle me contamine. Parce que le "fidde" (MST) c'est quelque chose qui bouge, tu peux atteindre l'orgasme avant la femme, elle peut l'atteindre avant toi. Si ta femme atteint l'orgasme avant toi, tu vas être fatigué car elle va te donner la maladie, et ce "fidde" peut être assez puissant et te donner le sida ».

6.1.6.8.3. Principales sources d'information

La plupart des migrants ont entendu parler du sida par la radio ou les gens au village, mais plus rarement le contact direct avec un personnel de santé, ou la participation à une séance de sensibilisation sur les MST/SIDA. Quand ils en entendent parler en ville, ils évoquent le plus souvent des reportages vus à la télévision.

INF-7 (96): « C'est mon petit frère qui est à Pathé Bagio qui pour la première fois m'a parlé du sida. Mais je ne sais pas comment est le sida, j'en entends parler seulement ».

INF-10 (72): « Le sida tu en entends seulement parler à la radio ou tu viens à Richard-Toll pour en entendre parler ».

☞ Très souvent à Richard-Toll, les gens se regroupent le soir pour regarder la télévision devant certaines boutiques du centre-ville qui en disposent.

INF-11 (140): « Les gens parlent maintenant de sida, et même si je n'ai pas vu, j'ai vu à la télé comment sont les malades atteints par cette maladie. Si je peux me méfier, je me méfierai ».

6.1.6.9. Perception de sa propre vulnérabilité au VIH

6.1.6.9.1. Difficultés de perception de sa propre vulnérabilité face au VIH

La question de l'évaluation de sa propre vulnérabilité face au risque de sida fournit des réponses contrastées. Un certain nombre d'infectés n'arrivent pas à se prononcer sur leur statut face au risque de contamination d'après leurs conduites sexuelles. Et beaucoup se sentent démunis car ils ne maîtrisent pas la part de risque lié aux conduites de leur(s) partenaire(s) sexuelle(s), dans un contexte de faible niveau de communication sur les questions entourant la sexualité.

INF-1 (252): « Tu sais, là où tu es, tu es un jeune homme non marié, tu pars seulement tu peux voir une femme que tu "as dans ton cœur" (qui te plaît). Vous vous rencontrez dans la rue, tu ne sais rien d'elle. Elle peut être une jeune femme "propriétaire de son corps" (femme assez libertine), vous causez, elle peut l'avoir le sida, toi tu ne le sais pas ».

INF-3 (243): « Je ne sais pas si je peux ou je ne peux pas contracter la maladie. Puisque je ne suis pas encore marié, je ne peux assurer que je continuerai à être sérieux et ne pas pêcher jusqu'au mariage ».

INF-5 (221): « Je ne peux pas dire que c'est telle ou telle catégorie de personnes qui peut avoir la maladie. Non, cela je ne peux pas le savoir, car moi même je ne sais pas au moment d'épouser ma femme, est-ce qu'elle avait le sida, est-ce qu'elle est née avec le sida, ou est-ce qu'avant que l'on se connaisse, elle n'avait pas connu un homme qui lui avait donné la maladie ».

INF-11 (266): « Moi, je pense que je peux avoir le sida. C'est possible car c'est Dieu qui dispose. Si Dieu décide que tu l'auras, tu l'auras. S'il s'avère que ça s'attrape par le "jeu", je peux me méfier, mais je ne sais pas si ma femme se méfie. Car seule la personne se connaît ».

D'autres ne perçoivent pas la menace du sida, et même s'ils reconnaissent avoir une activité sexuelle intense avec un nombre élevé de partenaires, les stratégies qu'ils mettent en jeu dans les processus de rencontre et de sélection des partenaires leur font penser qu'ils n'encourent pas de risque particulier. C'est le cas de INF-9 qui fréquente les prostituées en ville et a des relations avec des partenaires multiples quand il rentre au village.

INF-9 (426): « Je fais attention. Je n'ai pas vu les manifestations du sida sur moi. Et je connais les filles que je "frappe" (...) Et je ne vais pas souvent chez les prostituées ».

Dans ce contexte d'instabilité conjugale, quand le risque n'est pas directement pris par le migrant, la vulnérabilité s'inscrit dans les comportements infidèles de la partenaire régulière. L'exemple de INF-8 nous éclaire sur ce point. Bien que fuyant le multipartenariat, il s'expose à des risques car sa compagne a plusieurs partenaires sexuels et il ne se protège pas lors de leurs rencontres régulières. INF-8 a un comportement modéré et réfléchi, mais en l'absence de discussion approfondie avec sa partenaire sur ses pratiques sexuelles, et en raison de ses

craintes et idées fausses sur l'usage du condom il en vient, malgré des abstinences ponctuelles à se mettre en situation à risque. Il doute fortement de la fidélité de sa partenaire, mais en ne maîtrisant pas l'histoire sexuelle de celle-ci et en n'utilisant pas le condom, il s'expose au VIH.

INF-8 (159): « Quand mon cœur sent qu'elle a eu un rapport sexuel avec un autre homme, je m'abstiens" A chaque nuit qu'il m'arrive de douter d'elle, quand mon cœur doute et que je sens qu'elle a été "frappée" ailleurs, cette nuit, nous ne couchons pas ».

INF-2 lui, est tout à fait conscient des risques qu'il encourt en ne se protégeant pas pendant les rapports sexuels avec ses nombreuses partenaires clientes de sa boutique, mais il continue dans sa quête du plaisir sans se remettre en question. Percevoir son propre risque est une condition nécessaire mais pas suffisante pour adopter des pratiques sécuritaires.

INF-2 (220): « Les gens disent qu'on ne guérit pas du sida donc il faut être prudent. Cela peut "mordre" ou cela ne peut pas "mordre", alors il faut faire attention. En fait, moi je ne fais pas attention puisque si la femme refuse le préservatif je "frappe" quand même, donc je ne fais pas attention. Faire attention signifie abandonner la femme (ne pas avoir de relation sexuelle) si la femme refuse le préservatif ».

INF-1 (437): « Je crois que le sida touche principalement les migrants car si tu ne te contrôles pas et tu ne vois pas ton ami qui te donne des conseils, là, tu n'agis pas avec sérénité. Or si tu n'es pas serein, tu peux rencontrer une personne qui a la maladie sans que tu le saches, tu "joues" avec elle et elle te contamine ».

6.1.6.10. Perception des migrants et de la migration

6.1.6.10.1. Ce que pensent les migrants des autres migrants

Le regard que posent les migrants sur leurs homologues est empreint d'une grande lucidité, et laisse apparaître, au-delà des possibilités de réussite économique potentielle en ville, que ces changements rapides de mode de vie pourront également les placer dans des situations de plus grande vulnérabilité vis à vis du VIH/SIDA.

INF-4 (288): « Les migrants qui quittent leur village vont aller chercher de l'argent. S'ils reviennent, ils profitent de l'argent. Ils construisent des maisons, organisent leur(s) mariage(s) et ils viennent en aide à leurs parents ».

INF-6 (252): « Il y a des migrants qui arrivent ici et qui font attention, il y en a d'autres qui migrent pour "jouer", ceux là n'ont pas d'ambition, ils ne pensent qu'à ça ».

INF-4 (229): « Les vendeurs ambulants, ils "jouent" tous, tous sans exception. Tout vendeur qui te dira qu'il ne joue pas ment. Ils "frappent" tous chez les prostituées ».

INF-7 (491): « Je vois que les gens quittent leurs villages pour aller chercher du travail, c'est ainsi que je les vois. C'est bon, puisque si tu parviens à gagner quelque chose, tu vas ramener le gain

chez toi dans ton village. Mais, tu⁷⁹ dois éviter de quitter le village et venir dans les "térou" (espaces urbains) **pour changer de comportement**, c'est à dire que tu étais un homme droit et tu deviens un homme qui fait de mauvaises choses comme prendre de la drogue ou boire de l'alcool ».

INF-10 (365): « Les migrants, ils viennent chercher à gagner leur vie. Tu sais le diéri est différent du walo⁸⁰. Les gens du diéri, ils entendent parler du walo (des espaces urbains), ils sont attirés et ils viennent. Puis certains sont tellement en proie à des difficultés qu'ils ne peuvent plus rentrer au village ».

6.1.6.10.2. Perception de sa propre expérience migratoire

Migrer, c'est une façon de pouvoir aider la famille au village. Le migrant enverra régulièrement ou ramènera lors de ses allers-retours au village des sommes d'argent ou des biens de consommation destinés aux membres du lignage. Pour beaucoup, quitter le village c'est "aller chercher de l'argent" et épargner pour pouvoir aider la famille, et préparer ses projets futurs. Mais pour réussir, "il ne faut pas se disperser".

INF-6 (423): « Ma venue ici m'a apporté un plus sur tous les plans. Car si je quitte ma maison de Haéré, mon absence sera remarquée, si je reviens dans la maison, on saura aussi que je suis revenu car toute personne vis à vis de laquelle j'ai un devoir (donner) je lui donne quelque chose quand j'arrive ».

INF-7 (509): « Oui, je crois que Richard-Toll m'a apporté un plus. Je ne peux pas dire que j'ai obtenu ici de la richesse mais je sais que je me suis davantage ouvert au monde, j'ai obtenu le "pinal" mais aussi l'éveil quant aux choses du monde ».

INF-11 (379): « En venant ici j'ai gagné quelque chose. J'ai atteint quelques uns de mes objectifs qui m'avaient poussé à venir. J'ai gagné un peu d'argent, et j'ai acheté quelques vaches ».

<p>pinal: connaissance en terme d'ouverture de comportement, de civilité, de savoir-faire, d'urbanité</p>

Pour certains, Richard-Toll n'est qu'une étape dans un projet migratoire plus ambitieux, vers Dakar ou l'étranger.

INF-9 (588): « Depuis que je suis à Richard-Toll, j'obtiens ce que je veux. Des habits et je parviens à envoyer quelque chose à mes parents. Mais si j'avais les moyens de poursuivre ma migration, je le ferai. Pour continuer vers là où il y a beaucoup plus d'opportunités. A l'extérieur, là où Dieu m'emmènera ».

⁷⁹ Il s'adresse de façon impersonnelle au migrant.

⁸⁰ Rappel: Dans le Fouta, le walo est le lieu où sont généralement établies les villes, alors que le diéri est l'espace sahélien où l'on retrouve les villages Haalpulaar ou les campements Peul.

6.2. Synthèse des résultats

① Le lecteur trouvera dans les pages qui suivent une vision synthétique des résultats de l'étude. Dans un premier temps, il s'agit davantage d'une synthèse pratique visant à clarifier les idées et faire ressortir les principaux concepts émergents⁸¹. Dans un deuxième temps, nous abordons un niveau de synthèse plus conceptuel rendant compte de nos propositions et pistes théoriques suggérées par les résultats.

Les informateurs interviewés possèdent dans l'ensemble un **niveau de connaissances minimal mais juste**: "le sida, on l'attrape par le jeu, le libertinage sexuel, les rapports sexuels avec un grand nombre de partenaires". Néanmoins, des fausses croyances persistent et viendront interférer sur les modes de réponse au risque de sida. Il existe par ailleurs un **énorme fossé entre ces connaissances et le maintien de comportements sexuels à risque**. Si la grande majorité des migrants interviewés avaient déjà des conduites à risque avant de quitter le village et les répètent en milieu urbain, d'autres changent en arrivant en ville dans le sens d'une acquisition ou d'une majoration de pratiques risquées.

Bien que nécessitant des investigations complémentaires, l'étude en profondeur de la construction du risque de sida par les migrants couplée à l'analyse de leurs comportements sexuels et du type de partenaires, laisse apparaître un certain nombre de **dimensions émergentes qui rendent compte de la réalité complexe et des situations dans lesquelles prennent place leurs interactions sociales et sexuelles**.

Bien que le contexte soit porteur d'un fort contrôle social à travers des règles et des interdits liés à la sexualité avant et hors mariage, il ressort de ce travail le rôle important de **l'influence du groupe des pairs comme générateur de normes de sexualité masculine**, où la performance et le nombre de partenaires semblent valorisés.

Plusieurs modes d'ajustement et de réponse au risque vont être mis en place par les migrants. Si plusieurs attachent une grande importance à la **sélection de la partenaire** sur des critères a priori peu fiables comme la beauté, l'allure générale, ou la réputation, d'autres vont orienter préférentiellement leur activité sexuelle vers le village en choisissant des jeunes femmes issues principalement du *fedde*, connues de longue date mais dont l'histoire sexuelle leur est plus ou moins étrangère.

⁸¹ Notons que plusieurs de ces points seront à la base des recommandations pratiques pour l'intervention en santé publique que nous proposons dans le chapitre ? qui fait suite à la discussion.

D'autres adoptent des attitudes plus pragmatiques motivées par des raisons économiques, car "une copine régulière ça coûte cher", et **préfèrent orienter leur activité sexuelle vers l'espace de la prostitution officielle**, perçu paradoxalement par certains comme plus sécuritaire car les femmes y proposent le condom. Si les travailleuses du sexe sont perçues par les informateurs migrants comme "donnant le sida", le fait de pouvoir disposer du condom de façon discrète et systématique fait que ces hommes se sentent en relative sécurité quand ils fréquentent les maisons closes. Notons par ailleurs que si le condom est proposé de façon générale par les travailleuses du sexe, son port n'est pas systématiquement exigé lors de chaque rapport sexuel, l'homme ayant toujours le dernier mot dans cette négociation.

Plus grave, **l'utilisation du condom reste très marginale et inconstante** parmi ces hommes et le plus souvent **associée à la fréquentation des professionnelles du sexe ou à la peur de la grossesse**. La survenue d'une grossesse avant le mariage ou dans un contexte de relation illégitime est très mal acceptée socialement avec une forte charge de déshonneur pour la femme. Il faut ajouter que de façon générale et en dehors du motif de prévention d'une grossesse indésirable, le préservatif est rarement réclamé par les partenaires⁸² des migrants. De même, **les échanges sexuels avec des partenaires occasionnelles ou intéressant l'espace de la prostitution informelle se font la plupart du temps en l'absence de condom**.

De nombreuses fausses croyances persistent à l'égard du préservatif comme pouvant être à l'origine de problèmes urinaires voire même de MST (!) chez l'homme, ou provoquant des inquiétudes chez les femmes car il pourrait se coincer au fond de leur vagin. A ceci se surajoute la crainte d'être perçu comme un vagabond sexuel et la honte d'être surpris par un membre de la famille avec des condoms sur soi ou lors de l'achat dans une boutique. Il reste que le préservatif est très souvent mal accepté dans la sphère sexuelle car il est **vécu comme un objet étranger au cœur de l'intimité** venant entraver "le corps à corps".

Par ailleurs, il faut souligner que ceux qui avaient déjà des conduites à risque au village poursuivent dans cette voie en arrivant en ville. Néanmoins, au cours de leur expérience urbaine, certains vont changer dans le sens d'une réduction de leurs pratiques à risque.

⁸² Il nous faut rappeler encore une fois que, dans cette étude, c'est le point de vue des hommes qui a été recueilli.

La construction du risque de sida par les informateurs migrants comporte une large palette de perceptions et de représentations.

- La maladie engendre un ensemble de métaphores, de représentations variées et suscite un certain nombre d'idées fausses et de craintes parfois irrationnelles. Le sida, c'est le **fidde** (morsure ou piquêre) apparenté aux "maladies des femmes" (les MST); c'est aussi une "**mauvaise maladie**" qui tue. Dans leur rapport au risque, les informateurs migrants évoquent souvent "**l'autre et l'ailleurs**" comme pour fuir cette réalité morbide. A ceci s'ajoute la métaphore de la "**maladie mobile**": la plupart des interviewés pensent que "**le sida est venu d'ailleurs, de l'étranger**" et que les migrants de retour d'Afrique Centrale ou de l'Est le ramènent dans les villages.

- Beaucoup sont convaincus que le sida est **transmis par les "femmes qui jouent beaucoup"** et ils ne remettent pas en cause leurs pratiques sexuelles ni leur responsabilité partagée dans la diffusion potentielle de la maladie. Là encore, en collant rapidement ces **étiquettes trompeuses** sur le dos des femmes, des prostituées, "des autres", des migrants internationaux, etc., ces hommes courent le risque de s'exclure des personnes vulnérables au VIH et donc de sous-estimer l'importance cruciale d'adopter des pratiques plus sécuritaires.

- Le phénomène du sida reste **abstrait, lointain et impalpable** en raison de plusieurs **niveaux d'invisibilité et de complexité** de la maladie. Du fait de la faible prévalence du VIH dans la région, beaucoup de migrants interviewés n'ont pas été confrontés directement à un cas de sida, et la maladie reste **étrangère à leur environnement social immédiat**, ne permettant pas la confrontation de leurs connaissances théoriques à la réalité. Par ailleurs, les spécificités propres de la maladie, lente et silencieuse, vont la rendre encore plus insaisissable.

- Alors, dans un contexte de forte imprégnation islamique, d'autres modalités d'interprétation en rapport avec le pouvoir divin et la fatalité viendront se greffer sur cet ensemble complexe de représentations. Le sida, réinterprété à travers le filtre de la religion et des croyances populaires, devient le **résultat d'un châtement divin lié à des comportements sexuels condamnables** en regard des règles dictées par l'Islam.

- Parmi les travailleurs migrants de Richard-Toll, il ressort un sentiment unanime d'inquiétude et de crainte vis à vis du VIH/SIDA. Mais cette peur du sida ne va pas suffire à elle seule à générer une nécessaire prise de conscience et une acquisition de comportements plus sécuritaires.

Dans l'ensemble, les migrants posent un bon diagnostic quant au risque de contracter la maladie: **"le sida, on l'attrape par le jeu"** et on s'expose à un plus grand risque en ayant un nombre de partenaires élevé et une fréquence élevée de rapports sexuels. Mais il reste que certains migrants engagés dans de "petits multipartenariats"⁸³ en arrivent à sous-évaluer leur propre risque, en ne se sentant pas appartenir à la catégorie des hommes qui "jouent" beaucoup.

Enfin, il ressort que les fortes aspirations de réussite personnelle et économique (se marier, investir au village, etc.) vont constituer, chez certains migrants, un élément moteur de changement de comportement et un facteur de renforcement pour une bonne gestion du risque avec l'envie de se maintenir (soi, sa partenaire, sa famille) en santé et se protéger du VIH/SIDA.

6.3. Propositions et pistes théoriques suggérées

De ce travail, il est possible de dégager un certain nombre de propositions théoriques faisant référence aux comportements sexuels des travailleurs migrants venus s'installer à Richard-Toll, aux stratégies qu'ils mettent en œuvre pour faire face au risque de sida et au rôle de certains déterminants socioculturels et économiques qui influencent les comportements sexuels et les modes d'adaptation au risque. Mais il faut préciser que face à la relative complexité des phénomènes en présence, il apparaît difficile et très ambitieux de proposer un modèle unique et définitif. Aussi, nous nous orientons plutôt vers un ensemble de propositions théoriques imbriquées en "sous modèles". Nous présentons dans les pages qui suivent le fruit de nos réflexions.

6.3.1. Des réseaux sexuels complexes, polymorphes et évolutifs

Les récits de vie migratoire de ces hommes Haalpulaar nous font découvrir la grande diversité et la complexité des schémas relationnels affectifs et sexuels dans lesquels ils sont engagés. Bien que n'ayant pas fait l'objet d'une étude approfondie et systématique des réseaux sexuels des migrants par investigation auprès des partenaires, la richesse des informations recueillies à travers les entrevues en profondeur permet de faire ressortir un certain nombre d'éléments utiles pour la compréhension des phénomènes entourant la migration interne et le VIH.

Dans un contexte de **"ville carrefour et de centre agro-industriel" propice aux rencontres et aux négociations à visée sexuelle**, les comportements des migrants interviewés se

⁸³ Avoir par exemple deux partenaires sexuelles et de temps en temps recours à des occasionnelles.

caractérisent par une grande diversité de scénarios sexuels. Les réseaux sexuels dans lesquels sont engagés les migrants font intervenir **différents types de partenaires**: l'épouse, la copine régulière, des partenaires occasionnelles habituées, des partenaires occasionnelles contre rétribution, les travailleuses du sexe des bars et des maisons closes ou des prostituées occasionnelles comme les marchandes ambulantes, etc. (cf. Figure 6).

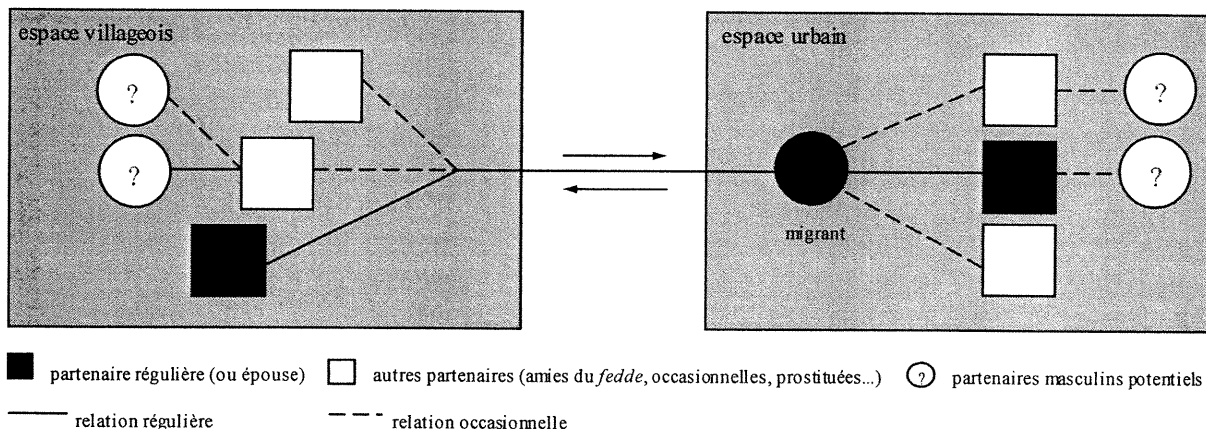


Figure 6: Exemple de réseau sexuel des travailleurs migrants

On est en présence de **réseaux sexuels complexes, polymorphes, et évolutifs** qui mettent en situation de vulnérabilité face au VIH/SIDA, les migrants en ville mais aussi beaucoup de femmes du milieu rural et périurbain. De fait, certains migrants, véritables *samba yahoudou*⁸⁴, vont procéder à des rotations fréquentes de partenaires. D'autres vont réaménager leurs réseaux sexuels en fonction des contraintes ambiantes ou face à de nouveaux choix à un moment particulier de leur trajectoire migratoire.

A ce premier niveau de complexité viennent s'ajouter **d'importantes interactions entre le milieu urbain et rural** dont les logiques sous-jacentes se situent autour de motifs de solidarité et d'entraide économique à l'égard de la famille ou de l'épouse restée au village, de visites pour travaux agricoles ou aides diverses, de déplacements à l'occasion de fêtes religieuses ou familiales, mais aussi pour maintenir des liens affectifs et sexuels avec la ou les partenaires du village. Lors de ses allers/retours, le migrant "de passage de la ville" bénéficie d'un immense pouvoir attractif auprès des jeunes filles ou des femmes restées au village.

⁸⁴ Rappel: jeune homme changeant fréquemment de partenaires.

6.3.2. Approche systémique et dynamique de la problématique migration interne et VIH

A la lumière des résultats, il apparaît que les facteurs qui déterminent les comportements sexuels des travailleurs migrants semblent être plus juxtaposés au sein d'une matrice d'influences complexes que dans un système de relations linéaires de type causal.

Les modalités de réponse au risque de sida mises en jeu par les migrants sont complexes et doivent être prise en compte selon une **approche systémique et dynamique**. Ainsi, **à un moment donnée de leur trajectoire sociale et sexuelle**, certains migrants vont remettre en question leurs comportements sexuels et adopter des pratiques plus sécuritaires, comme la réduction du nombre de partenaires, la fidélité à son épouse ou encore l'abstinence durant la quête d'une copine régulière en qui l'on aura confiance. Pourquoi? Pour quel motif? **Les éléments à l'origine de ces changements d'attitudes et de comportements face au risque de sida sont rarement unidimensionnels et relèvent plutôt d'une combinaison de plusieurs facteurs à des moments particuliers de l'histoire de vie du migrant**. Parmi l'ensemble des déterminants socioculturels et économiques, on retrouve entre autres, le fait d'avoir de fortes aspirations de réussite dans sa vie, la prise de conscience du risque de sida à Richard-Toll chez un homme marié dont la femme est restée au village, le désir de réussite dans son projet migratoire à la suite d'un échec dans une tentative migratoire précédente.

En fonction des expériences, des mécanismes d'équilibres pourront se mettre en place entre les facteurs facilitant la gestion du risque et ceux propices à la prise de risque, quand seront présentes les conditions susceptibles d'initier une prise de conscience et une adoption de pratiques plus sécuritaires. Un jeu d'influences complexes et circulaires se réalise tout au long de la trajectoire sociale et sexuelle du migrant. Bien sûr, il s'agit là de pistes théoriques qui vont nécessiter de plus amples explorations de recherche.

L'importante activité sexuelle de ces hommes, la relative complexité de leurs réseaux sexuels et la fréquence élevée des séjours vers le village d'origine pour de multiples motifs doivent faire évoquer le **"double statut"** qui caractérise le travailleur migrant impliqué dans un processus de migration interne. **Individus vulnérables face au VIH** évoluant dans un environnement urbain propice aux rencontres et échanges sexuels rétribués et offrant de nombreuses opportunités pour ces hommes arrivés seuls, ils deviennent des **sujets potentiellement diffuseurs du virus** en raison des nombreuses interactions avec le village d'origine dans lesquelles ils sont impliqués. En effet, quand ils se déplacent pour de courts séjours au village, zone présumée à moindre risque, et compte tenu de leur fort pouvoir

attractif vis à vis des jeunes femmes restées au village, le risque de diffusion de la maladie pourra se démultiplier avec l'importance de ces échanges. D'autant que, perçu par ces hommes comme un espace plus sécuritaire, le village est un lieu où **l'on ne va pas prendre de précaution particulière en regard du risque de sida** lors de relations sexuelles avec des partenaires du *fedde*, que l'on a l'impression de connaître de plus ou moins longue date.

6.3.3. Migration, rapport à l'espace et construction du risque d'infection au VIH

La dernière piste à explorer⁸⁵ concerne les liens entre la mobilité, le rapport à l'espace et la construction du risque de sida qui nous amènent à appréhender de façon globale différents lieux de vie et d'interactions socio-sexuelles dans lesquels gravitent les travailleurs migrants (cf. Figure 7, page suivante).

En Afrique de l'Ouest, la migration interne doit être davantage envisagée sous l'angle de flux et d'interactions sociales et économiques continuelles et évolutives entre l'espace villageois et les centres urbains. A travers l'existence de ces interactions fréquentes, le travailleur migrant évolue dans **un monde multipolaire où vont se conjuguer des influences multiples et hétérogènes**. En s'appropriant le milieu urbain, le travailleur migrant s'insère dans de nouveaux espaces riches en possibilités de négociations à visée sexuelle. En parallèle, il garde des connexions avec le village d'origine et la force de ces liens pourra influencer directement ses comportements sexuels et son mode d'adaptation au risque. D'autant qu'en Afrique subsaharienne, la notion d'individu ne doit pas être abordée selon une perspective individuelle mais plus dans une logique sociale de groupes d'appartenance au sein desquels des tensions diverses pourront se jouer.

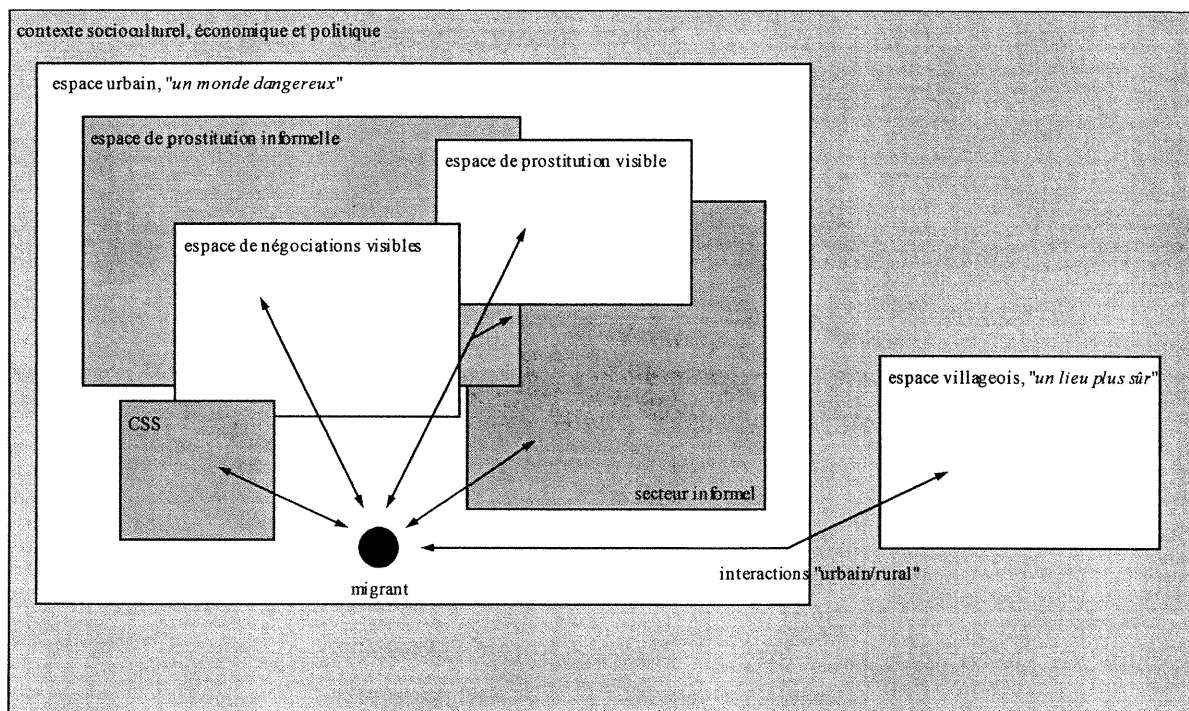
Si les déplacements fréquents vers le village participent au maintien d'une cohésion sociale, ils garantissent également une survie économique pour la famille en milieu rural, le migrant constituant bien souvent une source de revenus essentiels. Le migrant impliqué dans ces déplacements circulaires va devenir un acteur du développement local et pourra en tirer lui aussi certains bénéfices.

Au niveau macro et géographique, certains migrants identifient **l'espace urbain comme un endroit "peu sûr", "un monde dangereux"** en raison de l'importante prostitution, du libertinage sexuel ambiant et de la facilité à négocier pour un échange sexuel. A l'opposé, **le**

⁸⁵ Cette proposition nécessite de plus amples développements mais nous tenions à la présenter dans ses grandes lignes.

village, "son soi", est perçu comme un espace beaucoup plus sécuritaire, où il y a moins de danger à multiplier le nombre des partenaires sexuelles. Se tourner vers le village devient pour certains un moyen de se sentir protégé face au péril du sida. Mais il apparaît également que, globalement, les migrants en ne quittant pas la Vallée du Sénégal ne se sentent pas ou peu vulnérables au VIH, car, pour ces hommes, le sida est plus présent dans les *térou*, les grandes villes de la côte.

Figure 7: Espaces d'interaction sociale et sexuelle



En ville, le vaste secteur informel, espace de travail et de survie, devient un lieu de rencontre privilégié et de négociations à visée sexuelle, tout en offrant la nécessaire discrétion compatible avec le contrôle social traditionnel. Dans cette relation à l'espace, la fréquentation des lieux de commerce sexuel plus visibles comme les bars ou les maisons closes sera préférentiellement tardive, voire nocturne. Rappelons que les migrants impliqués dans une activité du secteur informel ont dans l'ensemble, des comportements sexuels plus à risque que leurs homologues de la CSS.

L'espace urbain de Richard-Toll avec la mosaïque socioculturelle et économique complexe qui le caractérise crée les conditions propices à la rencontre de **vulnérabilités croisées** (♂/♀) qui se conditionnent et s'entretiennent dans des logiques multidimensionnelles. Ainsi, face à la vulnérabilité du migrant arrivé seul, soumis à de difficiles conditions de travail, aux enjeux de

l'adaptation, à une forte pression des pairs incitative dans un nouvel espace de liberté loin du contrôle social du village, vient interférer la **vulnérabilité de nombreuses femmes en situation de précarité économique** qui seront prêtes, pour s'en sortir, à s'engager dans des relations sexuelles moyennant un échange d'argent ou de cadeaux, sans exiger le port du préservatif. A travers les récits de vie de ces hommes qui ont principalement quitté le village pour trouver un travail en ville, on prend conscience que ces vulnérabilités inter-reliées sont majorées par le fait que **le risque de sida se situe dans une myriade d'autres risques ou de préoccupations fondamentales** comme s'intégrer dans un nouvel espace social, trouver l'âme sœur, se sortir de la précarité relative du secteur informel, réussir pour aider la famille du village, etc. Alors bien souvent, les préoccupations relatives à la santé vont passer au deuxième plan et ces hommes vont privilégier la quête du plaisir en s'engageant dans des relations sexuelles à haut risque avec des partenaires dont ils ne maîtrisent pas l'histoire sexuelle et avec lesquelles ils ne se protègent pas ou que très rarement.

On voit ici que la construction identitaire du migrant se replace également dans ses rapports complexes avec l'espace qui pourront influencer de façon plus ou moins directe les attitudes et les comportements dans le domaine de la sexualité.■

7. Discussion



*« Si le mot que tu vas prononcer
n'est pas plus beau que le silence,
ne le dis pas ».*

Précepte soufi

7.1. Contextualisation des résultats avec la littérature

Dans ce chapitre, les principaux résultats de l'étude sont mis en contexte avec la littérature et ancrés dans des données empiriques complémentaires issues de nos entretiens avec des personnes-clé et de nos observations directes effectuées sur le terrain. Nous abordons dans un deuxième temps les points forts et les limites de ce travail de recherche.

7.1.1. Comportements sexuels à risque

7.1.1.1. Mobilité et multipartenariat sexuel

Face à la mise en évidence de fortes associations entre la migration et la séropositivité au VIH, il a été suggéré par plusieurs auteurs que le fait de migrer favorisait les rapports sexuels occasionnels et s'accompagnait bien souvent d'une augmentation de la taille du réseau sexuel des personnes mobiles (Anarfi, 1993; Nunn *et al.*, 1995; Campbell, 1997). L'activité sexuelle hétérogène et les fortes interactions urbain/rural dans lesquelles sont impliqués les migrants à Richard-Toll les expose, ainsi que les femmes qui gravitent dans leurs réseaux sexuels, à une plus grande vulnérabilité au VIH. Dans le cas des migrations internes et circulaires avec maintien de liens forts avec le milieu de départ, les personnes présentes aux deux extrémités de la chaîne migratoire [origine et destination] vont être exposées à un risque plus élevé d'être infecté par le VIH (Anarfi, 1993).

Parmi les migrants qui font l'objet de cette étude, très peu se perçoivent à risque de contracter le sida et beaucoup persistent à s'engager dans des situations risquées avec des partenaires multiples, à recourir fréquemment à la prostitution officielle ou informelle, ou avoir des relations sexuelles non protégées avec des partenaires occasionnelles. Ce constat rejoint les conclusions de plusieurs travaux qui ont mis en exergue l'exposition au risque d'infection par le VIH chez les hommes qui se déplacent seuls hors du cadre familial (Nunn *et al.*, 1995; Lalou et Piché, 1996; Campbell, 1997; Ray *et al.*, 1998).

A Richard-Toll, le multipartenariat fréquent et hétérogène parmi les travailleurs migrants doit être replacé dans le contexte d'instabilité conjugale qui prévaut en milieu Haalpulaar, expliqué en partie par les mariages forcés⁸⁶ et arrangés entre deux familles qui intéressent souvent de très jeunes filles⁸⁷, le déplacement des maris laissant leurs épouses seules au village pour des périodes plus ou moins longues (migration de travail, déplacements temporaires liés aux

⁸⁶ source: A., assistant social de l'ASBEF, et S., alphabétiseur en langue Pulaar à Richard-Toll.

⁸⁷ Les mariages pourront concerner des jeunes filles de 12-14 ans, promises parfois dès l'âge de 6-8ans.

activités de commerce ou d'élevage), la vulnérabilité économique des femmes et le sex-ratio favorable aux hommes célibataires en milieu urbain. Comme le rapporte Decosas (1996), les déplacements des migrants internes en Afrique de l'Ouest concernent essentiellement les hommes et créent des déséquilibres de genre en privant les villages d'hommes dans les classes d'âge reproductives, et en induisant un ratio favorable aux femmes avec un excès d'hommes dans les lieux de destination le plus souvent urbains. Ces nouveaux déséquilibres interviennent directement sur les structures matrimoniales et sur les normes sociales traditionnelles liées aux comportements sexuels.

Notre constat sur l'effet attractif du migrant lors de ses retours temporaires au village d'origine rejoint les conclusions de Chirwa (1997): « *It has been observed that the money and the domestic goods the migrants bring home make them a big attraction to women in the village* ». Néanmoins, en Afrique, la place de l'argent et des cadeaux dans les relations sexuelles est plus complexe et diversifiée qu'elle n'y paraît, et ne doit pas être systématiquement associée à des rapports de prostitution. Au Malawi, la place des dons et des cadeaux entrant dans le cadre d'une relation intime pouvaient également être les témoins d'un engagement de l'homme envers la femme (Chirwa, 1997).

7.1.1.2. Utilisation inconstante du préservatif

Dans la région de Richard-Toll, les réticences à l'utilisation régulière et systématique du condom sont fréquentes, et pour beaucoup d'hommes et de femmes⁸⁸, le préservatif est perçu comme un objet étranger venant s'insérer au cœur de l'intimité, empreint par ailleurs, de fausses croyances et de connotations négatives. L'utilisation du préservatif reste extrêmement faible et inconstante parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des partenaires multiples ou occasionnelles. Le plus souvent, ils déclarent se ranger à l'avis de la partenaire qui "ne veut pas, n'est pas habituée, souhaite le corps à corps, ou a peur du condom". Et dans le contexte des rencontres occasionnelles le condom est rarement présent lors de la négociation pour un rapport sexuel. Quand il a lieu, le port du condom est lié plus à des motifs contraceptifs qu'à la peur d'une contamination par le VIH. Comme le rapporte la littérature, l'usage inconstant et sélectif du condom expose les hommes et leurs partenaires au risque d'être infecté par le VIH (Ray et al., 1998). Bond et Dover (1997)

« L'usage du préservatif ne s'inscrit pas dans un réflexe de tous les jours, d'autant que le fatalisme ambiant est là comme un raisonnement récurrent ».
A., assistant social, ASBEF Richard-Toll.

« Il y a des gens têtus qui ne mettent pas le préservatif malgré les messages des médecins. En parler chaque jour, c'est important ».
B., vendeur de chaussures (secteur informel)

⁸⁸ Il apparaît clairement, à travers les témoignages des travailleurs migrants, que dans l'ensemble, leur(s) partenaire(s) ne proposent pas le port du condom, en dehors de la crainte de survenue d'une grossesse non désirée.

ont retrouvé également un usage inconstant du condom parmi des travailleurs migrants en Zambie rurale et soulignent que les femmes, du fait de leur dépendance économique et morale à l'égard des hommes, n'étaient pas en position favorable pour négocier une relation protégée.

« Je parle avec mes copains vendeurs. Tu sais, les hommes ne négocient pas, ils ne veulent pas la capote. Avec, tu as le rapport direct avec le latex, pas avec la femme ».
B., vendeur de chaussures

Néanmoins nos constatations sur l'usage assez régulier d'un moyen de protection avec les travailleuses du sexe des bars ou des maisons closes peut être porteur d'espoir, même si cette forme de prostitution nous semble ne représenter que la face émergée de l'iceberg du commerce sexuel. Cependant, ceux qui ont des relations plus fidélisées avec ces femmes ont déclaré ne pas l'utiliser de façon systématique. Ceci rejoint les constatations de Cusick (1998) selon lesquelles les travailleuses du sexe pourront adapter leurs conduites face à des clients réguliers et abaisser leurs normes de pratique professionnelle, notamment en ce qui concerne l'utilisation systématique du condom. Par ailleurs, en Afrique subsaharienne, dans les conditions de grande précarité où se trouvent beaucoup de femmes et face à un besoin urgent de revenus monétaires, beaucoup de travailleuses du sexe feront des exceptions face à certaines situations en acceptant un rapport sexuel non protégé (Schoepf, 1991; Meekers et Calvès, 1997).

7.1.1.3. Faible prise en compte des MST

Les MST ont été identifiées comme un puissant cofacteur de l'infection au VIH et leur présence augmenterait de 20 fois le risque de sida (ONUSIDA, 1998). Dans notre étude, un tiers des migrants interviewés nous ont avoué avoir eu au moins un épisode de MST dans leur histoire personnelle. A travers leurs témoignages, il semble que les MST ne soient pas prises au sérieux, voire banalisées et, la survenue d'un épisode va entraîner un recours fréquent à l'automédication. On se rend à la pharmacie⁸⁹ de façon discrète en se plaignant du "sexe qui coule", on demande conseil à un proche ou parfois au guérisseur. Plus grave, d'après le médecin-chef de la CSS, l'épisode de MST évoqué dans le contexte de l'entreprise, devient la preuve d'une activité sexuelle performante et ne semble pas occasionner de gêne particulière. Il en est tout autrement en ville et dans la famille où de nouveau, le sujet tabou de la sexualité et la peur du regard social prennent le dessus et poussent à agir en secret. Plusieurs médecins⁹⁰ et pharmaciens de Richard-Toll ont témoigné

« Chaque mois, on observe un pic de consultation pour MST après les 8^{ème} jour (avance de salaire) et 21^{ème} jour (paie à la CSS) ». Médecin-chef du centre de santé de la CSS

« Les gens vont aller se faire traiter là où ils ne sont pas connus, à Saint-Louis et même à Dakar ». Dr S., médecin généraliste, Richard-Toll

⁸⁹ source: entretiens informels dans les quatre pharmacies privées de Richard-Toll

⁹⁰ Médecin-chef du District sanitaire de Richard-Toll

dans ce sens et évoquent la difficulté à suivre certains patients et le problème fréquent des perdus de vue quand vient le moment de suggérer le test de dépistage⁹¹. Le patient, par peur d'être confronté à son statut VIH+ préfère fuir, mais aussi par crainte d'être perçu comme vagabond sexuel ou par peur du blâme et de la stigmatisation sociale. De plus, la méconnaissance par les usagers des règles concernant le secret professionnel auxquels sont assujettis les personnels de santé vient aggraver le problème⁹². Tout ceci renforce les obstacles à une lutte efficace contre le VIH dans la région.

« Ici la rumeur va vite, alors on se méfie du regard des autres et des interprétations rapides et on agit en secret pour ne pas être catalogué "vagabond sexuel" ». A., assistant social, ASBEF Richard-Toll

7.1.2. Influence du contexte socioculturel et économique

7.1.2.1. Contexte normatif et sexualité

L'environnement socioculturel et plus particulièrement les modèles masculins de sexualité vont avoir tendance à pousser les hommes à multiplier les partenaires sexuelles, d'autant qu'en ville, le contrôle social semble en perte de vitesse (Bibeau, 1991; Rivers et Aggleton, 1999). Par ailleurs, le relatif anonymat dont bénéficient les migrants dans leur milieu d'accueil va augmenter le sentiment de liberté sexuelle (Anarfi, 1993). Pour d'autres, le fait d'être impliqué dans plusieurs relations concomitantes avec des partenaires régulières ou occasionnelles pourra être considéré en conformité avec les prescrits de la polygamie traditionnelle (McGrath *et al.*, 1993).

Avec le contrôle social de la sexualité existant en milieu Haalpulaar, le fait d'être logé en ville dans la famille directe ou élargie, pourrait laisser penser que le migrant va adapter ses conduites sexuelles. En fait, les migrants opèrent des ajustements de façon à maintenir une activité sexuelle "discrète" dans des espaces de négociation peu visibles. Et dans un contexte de forte pression des pairs en milieu urbain où le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuelles est perçu comme valorisant, la plupart des migrants vont se conformer aux stéréotypes dominants. L'analyse de la prise de risque par les individus fait référence à un processus continu d'interactions sociales et sexuelles, où les acteurs vont composer avec le contexte socioculturel, les structures normatives et les influences des différents groupes d'acteurs (Guizzardi *et al.*, 1997; Van Campenhoudt et Cohen, 1997).

« Avant, dans les années 80, on ne voyait pas une femme enceinte avant le mariage, mais avec le temps la vie a changé ». F., ASRBC à l'ASBEF (d'origine Peul)

⁹¹ Si les prélèvements peuvent être effectués sur place, Richard-Toll dépend des laboratoires de Saint-Louis (à 105 km par la route) pour l'analyse des sérums dans le cadre du test de dépistage ou de confirmation.

⁹² *Ibid.* 90

7.1.2.2. Les obstacles aux changements de comportements

Dans la région de Richard-Toll, le manque de visibilité sociale du sida et la connotation de gravité et d'incurabilité qui y sont associées complexifient les représentations, accentuent les craintes et le sentiment d'impuissance face au sida. Alors on va s'en remettre au destin, à Dieu "qui décide de tout". Plusieurs auteurs ont souligné que les attitudes souvent fatalistes associées au sida ont pu être identifiées comme un obstacle au changement de comportements (Ray *et al.*, 1998; Caldwell *et al.*, 1999). Alors, face à de fortes convictions qu'il n'y a pas de protection efficace contre le sida, les gens ont tendance à devenir fatalistes et à ne pas adopter les conduites visant à réduire le risque. Cette tendance a été qualifiée de "biais de fatalité" par Woodcock *et al.* (1992).

D'autres auteurs ont fait remarquer que la société africaine semblait plus tolérante à l'égard de la tendance des hommes à avoir des relations extraconjugales et des partenaires multiples (McGrath *et al.*, 1993). A l'inverse, les comportements d'infidélité de la part des femmes s'avéraient socialement peu acceptables. Le maintien de telles attitudes inégalitaires peut constituer un frein dans la responsabilisation des hommes et des femmes pour l'adoption de comportements plus sécuritaires et dans la possibilité d'enrayer l'expansion du sida.

7.1.2.3. Modèles masculins et inégalités en matière de genre

Le constat selon lequel, face à des réseaux sexuels hétérogènes dans lesquels sont engagés les migrants où l'infidélité extraconjugale implique également bon nombre de femmes mariées, rejoint les conclusions d'études précédentes qui mettent en avant l'insuffisance des interventions visant à réduire la transmission du VIH en ne ciblant qu'un seul partenaire (McGrath *et al.*, 1993). Par ailleurs, Rivers et Aggleton (1999) font remarquer qu'il serait dangereux de s'appuyer sur des stéréotypes de la sexualité masculine dans les pays en développement comme par exemple, les hommes "invincibles", "irresponsables" ou "peu fiables", d'autant qu'il existe de grandes variations entre les individus au sein d'une même société et entre différents groupes humains. Les auteurs suggèrent qu'il serait important d'impliquer beaucoup plus les hommes dans les actions visant à améliorer l'égalité des sexes et la santé sexuelle d'autant qu'en Afrique sub-saharienne et dans d'autres régions du globe, les hommes sont les détenteurs d'un fort pouvoir décisionnel dans ce type de négociations.

D'autres auteurs soulignent que renforcer les habiletés à faire face au risque de VIH/SIDA n'est pas suffisant, et qu'il est important d'aborder la question de la prévention selon une approche globale favorisant une meilleure équité dans les rôles sociaux et sexuels, tout en impulsant des changements socio-économiques: « *AIDS prevention is both personal and*

political, and involves redefinition of gendered social roles and widespread socioeconomic changes » (Schoepf et al., 1991).

7.1.2.4. Faible communication sur la sexualité et les MST/SIDA

Les réticences et l'embarras occasionnés par les discussions sur la sexualité au sein de la famille ont été rapportées dans de nombreuses études concernant différents contextes (Rivers et Aggleton, 1999). A Richard-Toll, les vulnérabilités au VIH vont être d'autant plus majorées qu'on observe un faible niveau de communication sur le sida au sein de la sphère sexuelle et dans la famille. Ceci ne favorise pas l'usage du condom et a tendance à maintenir les femmes dans une situation de faible contrôle de leur sexualité.

« Il existe un décalage entre les discours des adultes (parents) et leurs conduites vis à vis de leurs filles. En ne s'interrogeant pas sur l'origine des cadeaux ou de nouveaux vêtements chez leurs filles, ils cautionnent ces agissements ».
A., assistant social, ASBEF
Richard-Toll

Par ailleurs, comme l'évoquent Ray et al. (1998) « *The HIV epidemic is perpetuated by the silence of those infected and those at risk, at an individual and community level. Individuals can only feel secure to be open when they do not fear victimisation and stigma* ».

7.1.2.5. Vulnérabilité des travailleurs migrants

Nos résultats mettent en avant le rôle important du contexte socioculturel et économique⁹³ dans lesquels se jouent les rencontres et les négociations à visée sexuelles et trouvent un appui dans plusieurs travaux récents. Il a été suggéré que les conditions de vie et de travail qui entourent la vie des migrants, les inégalités subies dans le monde du travail conjuguées à l'isolement social relatif qui les caractérisent, pouvaient être à l'origine de conduites sexuelles peu sécuritaires (Decosas, 1996; MacDonald, 1996; White, 1997; Rivers et Aggleton, 1999). Les travailleurs migrants des mines d'Afrique du sud font une dissociation entre les risques à court terme liées aux conditions de vie et de travail, et les risques à plus long terme comme le VIH et ses conséquences. Fatalisme et perceptions de la masculinité se conjuguent pour renforcer les conduites à risque et la masculinité qui aide ces hommes à survivre dans un quotidien difficile les expose davantage au risque de sida à long terme (Campbell, 1997).

« Il n'y a pas de travail au village, pas d'avenir. En dehors de la période de décrue où l'on peut participer aux travaux agricoles, il n'y a rien à faire. Alors les jeunes partent pour ne pas "fatiguer les parents" ».
B., vendeur de chaussures

« La tendance actuelle chez les hommes est de quitter le village très tôt, vers 12-13 ans, pour aller tenter sa chance à Richard-Toll dans l'informel. Ils essaient des petits boulots, le plus souvent comme apprenti dans un atelier ».
S., agent technique de l'agriculture et alphabétiseur en langue Pulaar

⁹³ Les conditions de vie difficiles des migrants à Richard-Toll se vérifient dans le travail pénible de coupe de la canne à sucre ou dans l'insécurité économique du secteur informel obligeant parfois à cumuler plusieurs activités pour s'en sortir.

A Richard-Toll, l'intense activité sexuelle qui caractérise bon nombre de nos informateurs pourrait constituer un moyen d'échapper à leur quotidien difficile d'autant que beaucoup n'ont pas encore trouvé l'âme sœur et disposent de revenus⁹⁴ leur permettant d'accéder au commerce du sexe. Anarfi (1993) évoque le recours à la prostitution comme solution d'accès facile à des femmes pour les travailleurs migrants qui sont peu ou mal insérés dans le milieu d'accueil.

7.1.2.6. Vulnérabilité des femmes

En Afrique, la vulnérabilité des femmes au VIH/SIDA est aggravée par la pauvreté et le manque d'instruction. Il a été suggéré que la forte tendance des femmes à s'engager dans des relations extra-maritales en milieu rural était sous-tendue par des besoins matériels et la recherche d'un soutien économique (Caraël *et al.*, 1995). Ce recours à des activités occasionnelles de commerce sexuel est bien souvent le dernier choix pour s'en sortir et constitue de véritables stratégies de survie⁹⁵ (Schoepf *et al.*, 1991). Par exemple, les marchandes ambulantes originaires des environs de Richard-Toll qui s'adonnent à des activités occasionnelles de commerce sexuel vont utiliser le secteur informel comme "couverture"⁹⁶.

« Oui c'est vrai, il y a des femmes démunies qui vivent dans une grande précarité sans mari et avec des enfants à charge. Alors pour elles, les ouvriers de la CSS deviennent une cible, ils ont de l'argent. Mais il y a d'autres femmes qui font "ça" par vengeance devant l'infidélité de leur mari ou qui sont matérialistes et qui veulent arriver par tous les moyens. Sans travail, mais très actives sexuellement ». (F., ASRBC à l'ASBEF)

« La plupart des femmes se prostituent pour aider leurs parents qui n'ont pas les moyens. Elles commencent toutes par la prostitution clandestine. Elles cherchent un mari pour en sortir. Certaines abandonnent très vite, d'autres y restent longtemps (...) Tu sais, là où il y a une mauvaise femme, il y en a une bonne ».
F., professionnelle du sexe, Richard-Toll

« Beaucoup de mes amies, des clandestines, font ça sans capote. Je leur parle, je leur dit de se protéger, d'aller chercher leur carte (se déclarer) et surveiller leur santé ».
F., professionnelle du sexe

Et bien souvent, dans leur quête de support économique, les femmes cacheraient à leur(s) partenaire(s) actuel(s) leur histoire sexuelle ou leur statut sérologique (Ray *et al.*, 1998).

7.1.3. **Perceptions et modes de réponse au risque**

7.1.3.1. Les connaissances sur le sida: une donnée nécessaire mais pas suffisante

Connaissances, perceptions et comportements ne s'articulent pas à l'intérieur d'une relation linéaire. Si les notions de transmission du virus du sida par contact sexuel et de prévention par l'usage du condom sont relativement bien assimilées par les migrants de l'étude, ces connaissances ne se traduisent pas par des comportements sexuels sécuritaires, et la grande majorité de ces hommes continuent d'avoir des rapports sexuels non protégés avec des

⁹⁴ Un ouvrier coupeur de canne à la CSS gagne 65 000 F CFA mensuels (en 1999). Vu l'hétérogénéité du secteur informel, il est plus difficile d'évaluer les revenus moyens d'un migrant impliqué dans ce type d'activité.

⁹⁵ Le terme de *survival sex* est régulièrement utilisé dans la littérature.

⁹⁶ source: A., assistant social ASBEF, Richard-Toll

partenaires multiples. Ceux qui prétendent que « *le sida est amené par les prostituées* » sont aussi ceux qui n'utilisent pas le condom de façon régulière et systématique avec les travailleuses du sexe. A première vue, il serait facile de conclure que les migrants ne prennent pas en compte le risque de VIH/SIDA puisque très peu adoptent des pratiques à moindre risque comme l'usage systématique du préservatif quand l'histoire sexuelle et le statut sérologique de la partenaire n'est pas connu. Dans les faits, les choses s'avèrent beaucoup plus complexes qu'il n'y paraît.

De nombreux travaux ont fait état d'un maintien de pratiques à risque chez des hommes disposant de bonnes connaissances sur l'infection au VIH et dans le domaine particulier de la sexualité, la connaissance du risque n'implique pas nécessairement qu'il sera pris en compte (Bajos et Ludwig, 1995; Calvez, 1995; Desgrées du Lou, 1998). L'étude de Campbell (1997) auprès de travailleurs migrants des mines d'Afrique du Sud confirme que malgré des niveaux de connaissance relativement bons sur les modes de transmission du VIH, ces hommes maintiennent des comportements sexuels à haut risque. Les auteurs mettent en avant comment la construction sociale de l'identité masculine, dans des conditions de vie et de travail difficiles, place les mineurs dans des contextes de vulnérabilité face au VIH.

Dans leur étude en milieu rural au Sénégal, Lagarde *et al.* (1996) soulignaient que :

« Si la connaissance et la perception du préservatif ont progressé entre 1990 et 1994, en revanche les comportements à haut risque restent aussi fréquents. Et ce n'est pas les personnes les mieux informées des risques qui déclarent changer de comportement ».

Face aux interrelations complexes qui existent entre les déterminants des comportements sexuels comme les relations de genre, les facteurs socioculturels et économiques, les connaissances sur le sida ne suffisent pas, à elles seules, à entraîner des modifications significatives et durables des conduites sexuelles (Kipp *et al.*, 1994). On voit ici l'importance de mettre en place des réponses globales, adaptées au contexte, et dépassant le cadre de la simple sensibilisation⁹⁷.

7.1.3.2. Quels éléments de réponse apporter face à cette apparente complexité?

Tout d'abord, il faut s'intéresser au contexte global et aux conditions qui entourent la mobilité et la trajectoire de vie des migrants. Et comme l'a souligné Rhodes (1997), à côté du risque de contamination par le VIH, d'autres risques doivent être pris en compte.

⁹⁷ Aspect abordé au chapitre *Recommandations* (page 140).

Le risque du sida est un risque de plus dans une vie qui en comporte déjà plusieurs et ceci est d'autant plus vrai en Afrique subsaharienne dans les régions sahéliennes soumises à de fortes contraintes climatiques et économiques. Toute la complexité vient de la hiérarchie que les individus vont opérer face aux menaces et préoccupations qu'ils perçoivent, d'autant que, dans le domaine de la sexualité, la préservation de la santé individuelle ne constitue pas la préoccupation première. A Richard-Toll, quel que soit le degré de perception et de crainte du sida, les migrants internes vont devoir faire face, dans l'environnement urbain, à un ensemble de pressions, de difficultés et d'enjeux perçus bien souvent comme plus essentiels que l'exposition au VIH et ses conséquences. La perception du risque et son acceptation trouvent leurs racines dans une matrice socioculturelle où plusieurs facteurs vont se combiner au sein d'un réseau complexe d'interactions. L'influence des pairs et la connaissance dans l'entourage d'une personne atteinte par le VIH/SIDA vont jouer un rôle prépondérant. Pour Macintyre et al., (2001), si la connaissance du risque est importante, c'est davantage l'expérience personnelle avec une personne atteinte (ou décédée) du VIH/SIDA qui est un déterminant essentiel dans la propension à adopter des comportements plus sécuritaires: « *It's not what you know but who you knew* ».

« Que je meure aujourd'hui du sida, ou demain de faim... ».
anonyme, entendu à Dakar

« Moi à Richard-Toll, c'est la bilharziose qui m'inquiète ».
B., vendeur de chaussures

Un courant explicatif européen récent présente la construction du risque de sida comme relevant plus de la combinaison d'une expérience, d'une identité sociale et individuelle et du discours biomédical. Le risque est perçu « *à travers le prisme du sentiment de vulnérabilité propre ou sociale lié à des expériences antérieures* » (Paicheler, 1998). De même, l'exposition au risque de MST/SIDA doit être considérée comme « une série de situations, une série de risques différents qui se suivent et se conditionnent » (Bajos *et al.*, 1997). Plusieurs auteurs ont suggéré que la perception du risque et les conduites sexuelles étaient intimement liées mais que la nature du lien n'était pas linéaire, et que plusieurs facteurs (contextuels, identitaires, culturels,...) venaient influencer cette relation. Ainsi, au gré des expériences sociales et sexuelles, les individus vont refaçonner leur perception du risque selon un processus dynamique, et adapter leurs modes de réponse au risque de sida (Peto *et al.*, 1992; Bajos *et al.*, 1997; Van Campenhoudt et Cohen, 1997). Quelques remarques relevées dans la littérature viennent renforcer ces constatations: « *L'individu est au cœur d'un système complexe d'influences* » (Massé, 1995), lui-même ayant « *une complexité interne* » (Peto *et al.*, 1992).

« Les personnes de la personne sont multiples dans la personne ».
Proverbe Bambara (Mali)

Là encore, c'est dans l'expérience propre de l'individu, son histoire personnelle, ses interactions sociales et ses aspirations profondes que des pistes pourraient être trouvées pour aborder la prévention du sida sous un nouvel angle.

7.1.3.3. Le rapport au risque

L'analyse des comportements sexuels à Richard-Toll a montré que bien qu'informés des dangers et des conséquences du VIH/SIDA, les travailleurs migrants continuent de s'engager dans des conduites sexuelles dangereuses. Cette prise de risque délibérée s'inscrit-elle dans le plaisir qu'ils y prennent? dans un processus de quête identitaire? dans l'évacuation de tensions multiples liées aux conditions de vie et de travail? dans une simple transgression volontaire? La réponse semble à la fois contenir et dépasser toutes ces dimensions. Les spécialistes de la sociologie du risque nous apportent un éclairage. C'est dans la prise de risque que l'individu va rompre avec les routines et les difficultés du quotidien et se sentir pleinement exister. Dans sa relation personnelle au risque, l'individu va se sentir moins vulnérable que ses pairs face à une menace et l'estime de soi va souvent le contraindre à majorer ses aptitudes par rapport aux autres et la probabilité d'être malade sera nettement sous-estimée (Slovic, 1987; Le Breton, 1995).

A Richard-Toll, les motivations profondes des migrants à se maintenir dans des séquences de comportements sexuels à risque n'ont pas été toutes élucidées mais nous nous sommes rendus compte qu'elles devaient être envisagées selon une perspective globale et dynamique prenant en compte l'identité masculine, l'influence du réseau social, l'expérience sociale et sexuelle dans un contexte plus large. Les perceptions du risque se construisent (et se reconstruisent) au gré des expériences et le risque sera interprété à travers le filtre des croyances, des représentations, de l'information recomposée à partir de messages issus de diverses sources (sanitaires, religieuses, rumeurs populaires, etc.).

Tout ceci se replace dans un contexte où les mentalités changent lentement dans le domaine de la sexualité. Ce constat est illustré par le témoignage du directeur de l'antenne ASBEF de Richard-Toll qui évoquait les réactions négatives des familles à l'égard des interventions ciblant les jeunes: « *En distribuant ou en vendant les préservatifs à un prix symbolique, l'ASBEF encourage la perversion de nos enfants* ». La promotion du préservatif passe par une compréhension profonde des attitudes culturelles et des facteurs qui entravent son acceptation et son utilisation.

7.1.3.4. Une difficile gestion du risque

Face à la menace du sida, les travailleurs migrants Haalpulaar développent un certain nombre de stratégies bien souvent insuffisantes ou peu fiables pour leur assurer une protection contre le VIH. Si certains diminuent le nombre de leurs rapports sexuels quand leur activité sexuelle leur semble dangereuse, d'autres diminuent le nombre de partenaires tout en restant engagés dans des réseaux sexuels où le risque demeure. Leur réponse au risque relève également de processus de sélection des partenaires basés sur des critères peu fiables comme la jeunesse, la beauté ou la durée de connaissance. Ceci nous rapproche des conclusions d'une étude récente menée auprès de travailleurs migrants d'une usine au Zimbabwe. Ce travail met en exergue les problèmes d'évaluation inappropriée de qui est à risque et qui ne l'est pas et les stratégies et conduites qui en découlent placent ces hommes et leurs partenaires en situation à haut risque vis à vis du VIH (Ray et al., 1998).

7.2. Points forts de l'étude

7.2.1. Validité de l'information recueillie

Plusieurs éléments nous permettent de penser que nous pouvons répondre « oui », à la question : « *Avons-nous recueilli des données fiables et fidèles?* ». A la lumière des résultats, il ne semble pas faux de dire que nous pensons avoir atteint un niveau de saturation de l'information très satisfaisant. De plus, le travail a été facilité par une forte adhésion de la communauté, et, en face d'un sujet sensible comme la sexualité et le sida en Afrique, les hommes rencontrés ont accepté de parler de leur vie amoureuse et sexuelle de façon très ouverte et sincère.

Laperrière (1997b) nous apporte quelques repères sur les définitions des principaux critères de scientificité utilisés dans les approches qualitatives:

« Les règles méthodologiques mises de l'avant par les méthodes qualitatives visent essentiellement à augmenter la validité interne des résultats de recherche (...) Les approches qualitatives comptent assurer la justesse et la pertinence du lien entre interprétations et observations empiriques en restituant au sens sa place centrale dans l'analyse des phénomènes humains, par la prise en considération du rôle de la subjectivité dans l'action humaine et de la complexité des influences qu'elle subit en contexte naturel » Laperrière (1997b)..

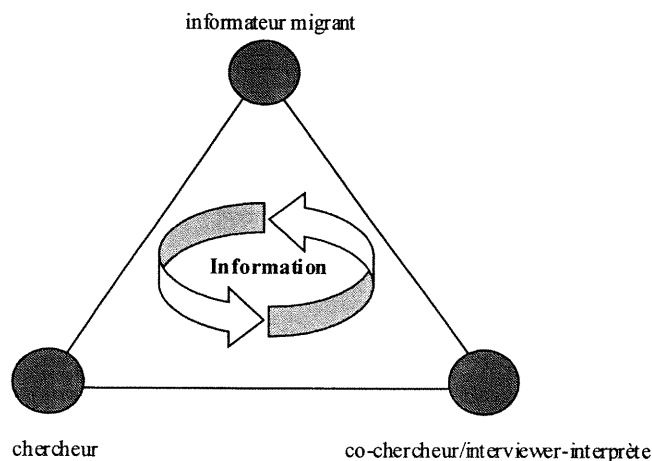
A propos de la fiabilité, l'auteur précise que:

« Les chercheurs qualitatifs remettent généralement en question une définition limitative de la fiabilité considérée essentiellement sous l'angle de la stabilité des résultats pour lui substituer une définition plus souple, où reproductibilité signifie applicabilité extensive des analyses dans le temps et dans l'espace; ce que l'on cherche à reproduire ici n'est pas tant la description empirique d'une situation que les outils conceptuels mis en œuvre pour l'appréhender » Laperrière (1997b).

Dans ce travail, les premiers jours sur le terrain ont été consacrés à la validation locale du protocole de recherche qualitative. Le guide d'entretien, conçu à Montréal, a été adapté, en parallèle de la sensibilisation-formation de l'interviewer-interprète à notre démarche et projet de recherche.

L'approche choisie pour la conduite des entretiens en profondeur a toujours privilégié une **atmosphère de confiance et d'échange productif** où l'informateur "détenteur du récit de vie et des connaissances empiriques" occupait une place centrale (cf. Figure 8). Les interviews ont été pensés, conçus et réalisés selon un style de "discussion entre amis" très ouvert à la découverte.

Figure 8: Groupe de coproduction de l'information



L'obtention d'informations fiables à travers les discours des informateurs a été grandement facilitée par les qualités humaines et professionnelles de notre co-chercheur et interviewer interprète, lui même Haalpulaar d'origine et issu de la Vallée du Sénégal, donc du pays "Peul/Toucouleur". De plus, sa **maîtrise parfaite de la langue Pulaar** a grandement facilité l'accès à des confidences, sans nécessairement devenir un obstacle à des témoignages très intimes car résidant habituellement ailleurs dans la vallée, à Matam et Saint-Louis. Le fait d'appartenir à la même génération que nos informateurs, **d'être "un égal"**, a permis d'établir un dialogue très riche sur des sujets aussi sensibles.

La méthodologie de conduite des entretiens que nous avons élaborée avait prévu deux entretiens pilotes pour tester notre approche, évaluer les avantages et les limites de notre trame d'entretien afin de la bonifier tout au long du travail et d'anticiper certains problèmes pratiques

pour assurer la profondeur et la qualité des entretiens. Si nous étions présents aux deux entretiens pilotes dans leur intégralité, nous avons par la suite fait le choix de nous mettre progressivement en retrait puis de nous retirer des entrevues, après s'être assuré par observation directe au cours des premiers interviews, débriefing et pré-analyse des matériaux préliminaires que la suite pourrait se dérouler dans des conditions optimales en notre absence, afin de ne pas interférer avec notre statut de "chercheur étranger". Précisons néanmoins que nous avons été présent dans toute la phase de recrutement des informateurs ainsi qu'aux deux entretiens préalables avec chaque travailleur migrant sélectionné pour l'étude, pour s'assurer de leur compréhension du projet de recherche, de la méthodologie utilisée, et de l'utilisation des résultats de la recherche. Ces rencontres préalables ont toujours eu lieu au domicile de l'informateur pour se faire une idée sur les conditions de vie et de logement, l'entourage immédiat et le quartier de résidence.

Une attention toute particulière a été portée sur la qualité de la traduction des transcriptions d'entretien, effectuée le jour même des entrevues. De même, toutes les terminologies en langue Pulaar présentées dans ce travail sont issues des entretiens avec les informateurs migrants, et ont été vérifiées avec Mohamadou Sall, co-chercheur interviewer-interprète d'origine Haalpulaar (Peul), et Hassamiou Sanghott, agent technique de l'agriculture à Richard-Toll et alphabétiseur en langue Pulaar.

La pré-analyse régulière des transcriptions d'entrevue, en parallèle des débriefings, nous a permis de maintenir, dès le début de la collecte, un contact étroit avec le matériel de recherche et d'améliorer la conduite des entretiens ultérieurs.

Nous voudrions encore insister sur la qualité des liens entretenus tout au long de ce travail avec notre co-chercheur et la grande expérience non seulement scientifique mais humaine vécue tout au long de ce travail de recherche qualitative en milieu Haalpulaar.

7.2.2. Validité des données et de l'interprétation des résultats

Il nous faut préciser que, par données, nous entendons le produit de l'analyse qualitative de l'information recueillie sur le terrain au moyen des entrevues en profondeur. La validité des résultats et de leur interprétation va dépendre de la qualité des données (Van der Maren, 1996). L'impression d'avoir obtenu des données valides et fiables repose sur un ensemble d'arguments que nous présentons dans les pages qui suivent.

Durant toutes les étapes de la recherche, à Montréal et au Sénégal, nous avons toujours eu le souci de présenter de façon claire et exhaustive nos procédures et d'argumenter le pourquoi de ces choix. Nous avons suivi les recommandations de nombreux auteurs qualitatifs qui préconisent l'utilisation d'une chronique régulière afin d'y consigner toutes les activités et procédures. Un **journal de bord** a été élaboré dès le début de la recherche, tenu régulièrement à jour sur le terrain, et pendant toute la phase d'analyse des données et d'interprétation des résultats. Garantie de transparence et moyen objectif permettant de suivre nos avancées, il a recensé trois types d'information:

Notre journal de bord est devenu au fil des semaines "**la mémoire de nos choix et procédures**". L'exhaustivité et la régularité de la tenue de cette chronique constitue une garantie de transparence de notre démarche, et permet l'évaluation externe de nos procédures.

Une traduction suivie d'une pré-analyse quotidienne du contenu des entrevues avec les informateurs migrants a permis d'anticiper certains problèmes, réajuster les stratégies, et enrichir la grille d'entretien, comme le permet la recherche qualitative exploratoire. Les modifications et les ajustements méthodologiques ont été régulièrement consignés dans notre journal de bord, de même que les premiers mémos théoriques issus de notre réflexion et les informations jugées pertinentes pour la suite du travail d'analyse.

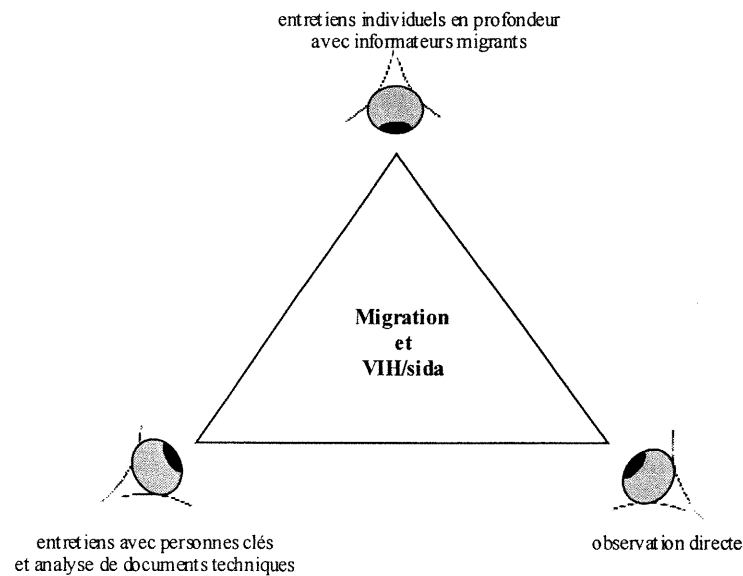


- descriptive, précisant les procédures effectuées, les personnes rencontrées sur le terrain, les problèmes et les solutions mises en place...;
- méthodologique, plus centré sur les choix, orientations et réajustements éventuels;
- analytique, abordant les idées et les dimensions émergentes en cours d'analyse, les questionnements, les propositions théoriques, et la justification des choix méthodologiques.

Nous avons combiné plusieurs méthodes de recueil de l'information qui, sans vouloir froisser les puristes de la triangulation des méthodes en recherche qualitative, nous permettent d'argumenter en faveur d'une triangulation effectuée sur le terrain.

La combinaison de ces méthodes (cf. Figure 9, page suivante) fut l'occasion d'associer "**trois regards complémentaires**" dans l'étude des comportements sexuels des travailleurs migrants et de leur perception du risque de sida.

Figure 9: Trois regards complémentaires



Le souci de cumuler plusieurs approches et sources d'information nous paraît avoir contribué au contrôle et à la validation de l'information recueillie tout en enrichissant la validité des conclusions.

Pendant l'analyse finale de notre travail, de retour à Montréal, nous avons réalisé des contre-codages successifs (intra-codeur) avec un temps de recul nécessaire à la maturation entre les phases de codage et d'interprétation, et confié une partie de notre matériel pour un contre-codage (externe) afin d'évaluer la rigueur et la fidélité du système de codage que nous avons développé tout au long de ce travail.

Pour faciliter notre immersion et notre apprentissage du contexte nous avons préféré, à l'auberge climatisée du centre-ville, la vie dans une famille de Richard-Toll. Ainsi, les échanges et les instants vécus, ainsi que la prise des repas sur la natte, furent autant de moments forts que de "grands" enseignements pour notre travail, et notre compréhension de l'Afrique (enfin, d'une partie).

La richesse et la diversité du matériel recueilli sur le terrain, couplé à notre immersion dans le milieu a grandement participé à faciliter notre interprétation des résultats. Notre souci permanent durant cette ultime étape a été d'ancrer le plus possible nos interprétations dans la réalité sociale du milieu à l'étude.

Pour boucler la boucle, nous prévoyons de soumettre nos résultats et conclusions aux collègues sur place au Sénégal (équipes de recherche à Dakar et professionnels de santé de la région de Richard-Toll), et vérifier ainsi la validité de nos résultats et de nos interprétations.

Le souci permanent de rigueur, d'honnêteté et de clarté dans nos choix et nos procédures nous permet de penser que, bien que n'ayant pu analyser le matériel résidu (non codé) nous avons atteint un niveau très convenable de validité interne.

7.3. Limites de l'étude

Bien qu'il faille rester vigilant et réaliste quant aux limites de ce type de recherche qui porte sur les discours d'informateurs à partir de leur propre vécu et expérience, et qui s'expose au risque d'une expérience transformée volontairement par les sujets interviewés au moyen de «censures et d'enjolivements» comme l'indique Fassin (1992), il nous semble que cet écueil a été en grande partie évité du fait de toutes les précautions adoptées et citées précédemment. Néanmoins, par souci de rigueur scientifique, certaines limites doivent être mentionnées.

La limite qui vient immédiatement à l'esprit est liée au choix du protocole et au design d'échantillonnage qui, du fait du ciblage d'hommes exclusivement migrants de travail, ne nous permet pas de nous prononcer sur les comportements sexuels et la perception du risque chez les non migrants, hommes sédentaires résidant à Richard-Toll, et encore moins de s'aventurer dans des comparaisons hasardeuses entre ces deux groupes. Le parti pris dès le départ d'étudier en profondeur la question des comportements sexuels parmi la population des migrants de travail Haalpulaar a été dicté en fonction de choix pragmatiques et des moyens disponibles pour cette recherche. Et même si INF-6 nous indiquait que: « *Parmi ceux qui résident ici (natifs), rares sont ceux qui ne "jouent" pas. Tu vois même un résident qui est marié ici, et qui entre dans les roukh (sentiers menant aux maisons closes) chaque jour, alors que ce sont des chefs de famille* », nous préférons ne pas nous prononcer sur une éventuelle similitude dans les comportements sexuels des migrants de travail et des non migrants et sur leur vulnérabilité face au VIH/SIDA.

A la fois "atout et limite" dans ce travail, le matériau principal de recherche, à savoir les récits de vie des travailleurs migrants, se fonde uniquement sur le point de vue des hommes sur cet aspect de la question. Atout, car il permet d'avoir un regard original, et de réunir un certain nombre d'informations sur la perception que se font les hommes des attitudes et des comportements sexuels des autres migrants, et de leurs partenaires féminines, comme par exemple leur point de vue sur l'infidélité. Limite dans le sens où, il nous faut prendre ces

témoignages pour "argent comptant" du fait de l'absence de contre-expertise avec des témoignages émanant des partenaires sexuelles des migrants. Néanmoins, pour documenter les informations sur la fréquentation des travailleuses du sexe, nous disposons du témoignage d'une prostituée officielle d'origine Haalpulaar exerçant à Richard-Toll depuis quatre ans, et d'un ensemble d'informations obtenues auprès de personnes-clé issues du milieu Haalpulaar (cf. Annexe 3). Par ailleurs, nous avons pu participer à une causerie de quartier avec des femmes, organisée par SANFAM sur le thème des MST/SIDA.

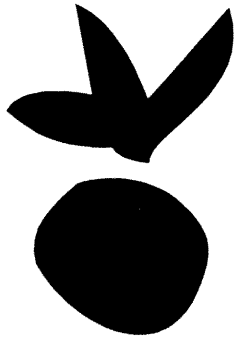
Bien que notre devis d'étude cible les migrants "en zone d'accueil", le temps de séjour sur le terrain ne nous a pas permis de nous rendre dans un ou deux villages d'origine pour faire un peu d'observation directe et procéder à quelques entretiens informels avec des hommes et des femmes vivant en milieu rural.

De même, il aurait été fort intéressant de pouvoir effectuer une analyse plus approfondie des réseaux sexuels des migrants en allant recueillir des informations sur les comportements sexuels de leur(s) partenaire(s), en ville et au village. On voit ici l'ampleur du travail qui dépasse largement le cadre de notre recherche mais qui constitue néanmoins une suggestion pour de plus amples études.

Il faut également signaler que nous n'avons pu rencontrer de leader religieux durant notre passage à Richard-Toll. Néanmoins un de nos informateurs, ayant étudié le Coran pendant plus de 15 ans et ayant atteint le statut de "petit marabout", nous a permis de recueillir le point de vue d'un érudit de l'Islam.

Enfin, sur un plan méthodologique, idéalement pour renforcer notre validité interne, il aurait fallu vérifier le matériel résidu (non codé) et rechercher des contrastes et des contre-exemples, en confiant cette tâche à un autre chercheur, idéalement "un rival" extérieur au projet de recherche (Van der Maren, 1998). ■

8. Recommandations



*« J'ai entendu et j'ai oublié,
J'ai vu et je me suis souvenu,
J'ai fait et j'ai compris ».*

Proverbe chinois

Tout au long de ce travail, le souci a été de produire une information fidèle aux récits des migrants interviewés et à l'ensemble des personnes-clé rencontrées et autant que possible à la réalité qui nous est apparue à travers nos observations, nos instants vécus et nos intuitions. Les recommandations formulées ici n'ont pas la prétention d'aborder la problématique dans toute son ampleur. Elles sont la suite logique de constats opérés sur le terrain et découlent d'un questionnement permanent qui a guidé notre travail, et alimenté notre réflexion, plus particulièrement dans la phase d'analyse et d'interprétation des résultats: « *Comment traduire les connaissances en intervention?* ». Nous allons dans les lignes qui suivent suggérer quelques pistes qui nous semblent faisables, acceptables et adaptées aux contexte de la région de Richard-Toll.

8.1. Une vision globale couplée à des actions de proximité

Il faudrait rester vigilant face à la publicité sur "l'exception sénégalaise" en matière de VIH/SIDA dont l'effet pervers pourrait être de diminuer l'intérêt pour la prévention. Une prévalence du VIH/SIDA estimée à 1,8% à l'échelle de la population générale⁹⁸, c'est toujours beaucoup trop de personnes touchées par la maladie et ses conséquences morbides, sociales et économiques.

Il nous paraît important de repenser les enjeux de la prévention du VIH/SIDA dans le contexte de la migration interne en l'abordant selon une approche globale dépassant largement le cadre biomédical, tout en restant à l'écoute du terrain et des acteurs qui sont au cœur des réalités et qui possèdent une masse d'information critique et utile pour les programmes de santé. L'infection au VIH/SIDA se propage par les réseaux sexuels, alors utilisons "les réseaux socioprofessionnels" pour la combattre. En encourageant, par exemple, les synergies entre différents partenaires qui peuvent jouer un rôle dans la lutte contre le sida et en impliquant les communautés face aux nombreux défis que posent les dynamiques sociales de la migration interne et de l'urbanisation rapide au Sénégal.

De même, face aux nombreux acteurs et institutions du domaine public et privé oeuvrant dans la lutte contre le VIH/SIDA, il serait important d'améliorer la coordination, la diffusion de l'information, l'intégration des activités, de façon à éviter les démultiplications de moyens ou les duplications de projets tout en assurant un meilleur suivi et une évaluation des interventions.

⁹⁸ source: *US Census Bureau*, 2001

Il serait fort utile de renforcer l'articulation entre les résultats des recherches qualitatives et quantitatives et leur application en santé publique avec le souci d'une meilleure vulgarisation. Par ailleurs, il est capital de veiller à la bonne cohérence des messages circulants et de les réajuster si nécessaire car dans un paysage où de nombreuses voix pourront venir brouiller les "messages essentiels", là encore la coordination et l'étroite collaboration entre les différents partenaires est de mise pour de meilleurs résultats.

L'enjeu majeur, dans un contexte de stigmatisation de certains groupes ayant une image sociale de "diffuseurs du VIH" comme les migrants de retour, les étrangers ou les prostituées est de ne pas renforcer ces perceptions et ces tendances discriminatoires tout en travaillant de manière spécifique et ciblée. Alors comment intervenir au sein de groupes de population plus vulnérables au VIH/SIDA sans majorer la perception sociale négative existante à leur rencontre? Quelques éléments de réponse sont formulés dans les pages suivantes.

Dans un contexte de faible visibilité de la maladie et d'épidémie silencieuse, il faudrait encourager la participation de groupes de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les interventions de sensibilisation. Déclencher une prise de conscience par une confrontation directe, mais là encore, rien n'est facile face aux réactions sociales négatives entourant la maladie et aux connotations de faute méritée face à des comportements présumés de vagabondage sexuel.

Par ailleurs, il ressort des différentes entrevues avec les personnels de santé une forte demande de pouvoir disposer d'un état des lieux actualisé sur la séroprévalence du VIH/SIDA dans la ville de Richard-Toll, d'autant que, comme nous l'avons déjà évoqué, le test de dépistage du VIH ne peut être réalisé sur place, et que la dernière évaluation effectuée au centre de santé, par l'équipe du district, remonte à 1996.

8.2. Concernant la prostitution

Il est crucial d'encourager et de soutenir les actions visant à mettre en place des microprojets impliquant les femmes et susceptibles d'augmenter leur pouvoir d'achat afin de les sortir de leur situation de vulnérabilité économique, et de prévenir ainsi le passage vers la prostitution informelle.

Il faudrait garantir le maintien d'actions visant à impliquer les professionnelles du sexe connues et suivies au centre de santé de district comme relais dans la prévention du

VIH/SIDA, en les motivant à approcher également un certain nombre de prostituées clandestines qui gravitent parfois autour d'elles (hébergées, rencontrées, conseillées,...). Le défi à relever est immense mais il faut multiplier les pistes pour sensibiliser ces femmes à un meilleur suivi/traitement lors d'un épisode de MST, et surtout au port systématique du condom avec les clients. Et toucher les prostituées, c'est atteindre indirectement leurs clients, si et seulement si, quelques progrès sont réalisés en matière de lutte contre les inégalités homme/femme. Il faudrait également poursuivre en parallèle la réflexion (pour l'action) afin d'identifier des alternatives réalistes à la prostitution de ces femmes.

Alors dans une approche globale, il faut penser "en amont" et l'un des vastes enjeux à relever est d'améliorer l'accès à l'école pour les jeunes filles et de les maintenir le plus longtemps possible dans le circuit scolaire tout en les sensibilisant très tôt sur les IST/VIH/SIDA, l'estime et le respect de soi au travers de sa sexualité.

8.3. Agir sur les inégalités en matière de genre

Il ressort de ce travail qu'il est devenu urgent d'impliquer beaucoup plus les hommes dans les interventions et campagnes de sensibilisation, en travaillant, avec les intéressés, sur la question des tabous, des attitudes sexistes, des modèles de performance sexuelle,... tout en encourageant des comportements plus sécuritaires.

Et dans un milieu social fortement hiérarchisé, toutes les interventions (sensibilisation, IEC, CCC, empowerment,...) susceptibles de donner plus de pouvoir aux femmes en matière de négociation pour une sexualité à moindre risque, sont à encourager. Une des clés de la prévention du VIH/SIDA est certainement dans ces aspects: pouvoir négocier une relation sexuelle protégée ou être en mesure de la refuser sans représailles. Et cela nous conduit tout naturellement à aborder les aspects communicationnels.

8.4. Parler du sida et favoriser l'utilisation du préservatif

Il apparaît essentiel de créer un climat favorable à la discussion sur les sujets entourant la sexualité au sein de la sphère sexuelle, dans la famille et la communauté. Même si les traditions sont encore fortes, il y a un travail de sensibilisation à faire de l'intérieur par le biais des leaders de la communauté, des personnes influentes et de l'école. Et si les résultats ne sont pas attendus pour demain, après-demain reste une bonne cible.

Vu l'importance des résistances à l'égard du préservatif et de sa faible utilisation, il y a là aussi un immense travail de fond à développer afin de modifier les attitudes et les perceptions négatives parmi les hommes bien sûr mais aussi chez les femmes, au sein de la communauté, et dans les entreprises qui emploient des travailleurs migrants. Il serait utile de mieux impliquer également les leaders d'opinion et les chefs religieux, car on a vu que l'Islam pouvait interférer de façon négative sur l'usage du condom.

Il faut également encourager les réflexions et l'identification de stratégies pouvant aider à valoriser l'image du condom et des utilisateurs de préservatifs, en insistant sur les qualités humaines et éthiques de ceux qui l'adoptent dans leur(s) conduite(s) sexuelle(s): "Je me protège, je te protège, je protège ma communauté...", tout en essayant d'estomper l'image négative associée de vagabond sexuel.

« Au Sénégal, on dit qu'il n'y a que trois bateaux pour éviter le naufrage: l'abstinence, la fidélité et le préservatif ».
anonyme, entendu à Dakar

Dans un contexte de multipartenariat sexuel très fréquent parmi les travailleurs migrants et vu les fortes réticences à l'usage du condom, il devient nécessaire d'adopter, en parallèle des messages de promotion du préservatif, des discours réalistes et acceptables⁹⁹ sur la nécessité de réduire le nombre de partenaires sexuels en prônant la fidélité mutuelle.

A côté de ce travail de valorisation de l'image du préservatif pour le rendre plus acceptable culturellement et socialement, il faut veiller à maintenir un bon niveau d'accessibilité géographique et économique et de disponibilité en diversifiant encore et encore les lieux de distribution et de vente.

La sensibilisation sur le VIH/SIDA à Richard-Toll devrait s'intéresser aux situations et contextes dangereux comme les rapports sexuels lors de rencontres avec des partenaires occasionnelles (marchandes ambulantes, vendeuses de lait, autres femmes se prostituant de façon informelle) où l'utilisation d'un moyen de protection doit être fortement encouragée sur un mode systématique face à un risque élevé.

Il faut également encourager la poursuite d'actions visant à stimuler la communication sur la sexualité et le VIH/SIDA au sein de la communauté, comme par exemple, la sensibilisation de proximité dans les quartiers ou lors de thé-débats propices à la discussion sur des sujets

⁹⁹ Il faut rappeler que la polygamie (jusqu'à quatre co-épouses) est tolérée par la religion islamique.

sensibles avec de petits groupes de personnes. Les différentes ONG (ASBEF, SANFAM, ou ENDA) qui interviennent localement ont développé des liens de confiance et de respect au sein des communautés de la Vallée. Il faut cependant veiller à prendre le recul nécessaire afin d'opérer certains réajustements, à réactualiser les messages, à valider les contenus, et à innover face à des stratégies qui pourraient s'user avec le temps. C'est là que peuvent s'articuler de façon harmonieuse et productive l'évaluation, la recherche qualitative et la prévention du VIH/SIDA.

8.5. Des actions visant les travailleurs migrants

Sans renforcer la stigmatisation des groupes vulnérables, il faudrait sensibiliser, dans le contexte de l'entreprise, les travailleurs migrants sur la sexualité à moindre risque. Il serait facile de toucher le personnel de la CSS pendant les heures de travail, de former des ouvriers relais et de développer des actions de communication pour le changement de comportement avec éducation par les pairs dans le contexte de l'entreprise.

On a vu, tout au long de ce travail, la grande diversité des échanges sociaux et sexuels entre les milieux urbains et villageois, d'où l'importance, à nos yeux, d'encourager la réflexion pour le développement de stratégies de prévention globale urbaine/rurale, en ciblant particulièrement les candidats au départ pour la ville, et les migrants lors du retour temporaire ou définitif au village.

En parallèle, il faudrait choisir des moments et des lieux propices aux déplacements, regroupements et interactions sociales entre les personnes mobiles et les personnes sédentaires pour faire de la sensibilisation et mettre à disposition des préservatifs dans des lieux moins formels comme par exemple, les marchés, les gares routières, et les stations services...

Enfin, malgré les contraintes et les obstacles auxquels doivent faire face les personnels de santé et les communautés, nous pouvons dire qu'un atout important existe à Richard-Toll. Durant notre passage nous avons senti, du côté des professionnels de santé et des associations, un enthousiasme et un engagement important sur ces questions avec une forte demande exprimée en connaissances approfondies et actualisées sur les déterminants de l'infection au VIH/SIDA dans la vallée du Sénégal. Nous espérons avoir répondu à une partie de leurs attentes, en espérant que cet apport de connaissances soit utile et traduit en interventions adaptées à court ou moyen terme. ■

Conclusion

Au terme de ce travail, il apparaît que dans le contexte de la migration de travail à Richard-Toll, les facteurs susceptibles de majorer la vulnérabilité et l'exposition au risque d'infection au VIH/SIDA sont nombreux et complexes et qu'il existe également des éléments facilitant la gestion de ce risque sur lesquels on peut s'appuyer pour la mise en place d'interventions adaptées. Comme on l'a vu, l'étude de la migration et du VIH/SIDA combine les éléments de complexité interne propres à ces deux phénomènes dans une équation multidimensionnelle où il faut rester prudent pour ne pas se laisser piéger par bon nombre de stéréotypes.

La démarche holistique, combinant une analyse approfondie du milieu et une série d'entretiens en profondeur non directifs avec des travailleurs migrants, a permis de mieux appréhender les phénomènes complexes qui caractérisent la migration interne à Richard-Toll dans le contexte de l'infection au VIH/SIDA, de mieux comprendre la diversité des scénarios sexuels dans lesquels sont impliqués les migrants, et de faire ressortir un certain nombre de constats sur les principaux déterminants impliqués, éléments facilitant ou obstacles à une bonne réponse au risque de sida.

En quittant son village, le migrant va devoir faire face à de nouveaux enjeux d'adaptation reliés aux conditions de travail très difficiles dans le cas des ouvriers coupeurs de canne à la CSS, ou précaires sur le plan de la sécurité du revenu pour ceux qui évoluent dans le secteur informel. L'éloignement avec le milieu rural d'origine (du cadre familial villageois) va placer le migrant à l'abri du contrôle social de la sexualité exercé par le lignage. Et dans un monde urbain en transition culturelle où l'isolement social et sexuel fait partie de ses nouvelles réalités, le migrant va être confronté à un ensemble de pressions normatives, notamment du groupe des pairs, qui vont l'amener à recomposer voire démultiplier ses réseaux sexuels. Loin du village mais en y conservant des liens privilégiés, beaucoup d'hommes vont tirer parti de leur nouveau statut les rendant plus attractif auprès des femmes du village (seules, divorcées, en difficultés) ou des jeunes filles "aimantes et aimantées" par celui qui revient temporairement de la ville, avec toute l'aura dont il bénéficie. On assiste à de nouveaux modes de prise de risque ou de gestion du risque pour quelques autres dans une nouvelle configuration urbaine-rurale.

Terre promise ou Eldorado pour certains, simple halte sur l'axe Saint-Louis/Bakel pour d'autres, Richard-Toll attire toute une variété de personnes qui se déplacent pour différents motifs. La ville, aux identités multiples, devient un lieu d'interactions sociales, commerciales et sexuelles qui mettent en présence des populations mobiles et sédentaires. A Richard-Toll, même la prostitution est mobile et fluctue avec les dates de paie des ouvriers de la CSS. Mais

il serait erroné de réduire le commerce sexuel à Richard-Toll aux seuls aspects visibles, officiels et médiatisés du "8 et 22 de chaque mois" car les phénomènes plus larvés de prostitution "informelle, clandestine, occasionnelle" nous sont apparus très préoccupants en ville bien que très discrets. Un problème complexe et multidimensionnel exige des solutions combinées et structurelles où la lutte contre la vulnérabilité économique des femmes et contre la rupture scolaire prématurée de beaucoup de jeunes filles doivent être une priorité.

Cette recherche a également permis de dégager des éléments contextuels et environnementaux utiles à la compréhension globale du problème. La richesse de l'information obtenue après un long processus d'analyse a permis également de décrire et mieux comprendre les comportements des migrants et les réseaux sexuels qu'ils élaborent, véritables "systèmes d'échanges sexuels", qu'ils adaptent et recomposent au gré de leurs trajectoires sociales. Si les comportements sexuels à risque semblent omniprésents chez ces hommes Haalpulaar, ils apparaissent peu influencés par les bons niveaux de connaissance du VIH/SIDA ni par la peur de la maladie bien présente dans cette population migrante masculine.

La vulnérabilité et l'exposition au risque de VIH/SIDA doivent être abordées en tenant compte des deux dimensions "espace" et "temps". On l'a vu, le rapport à l'espace occupe une place centrale dans la construction du risque de sida d'autant qu'à Richard-Toll, c'est une multitude de "micro-espaces" de rencontre et de négociation à visée sexuelle qui se replacent dans un cadre écologique plus vaste faisant intervenir également les interactions de nature circulaire avec l'espace villageois. Par ailleurs, l'état de vulnérabilité ou de protection relative face au VIH ne sont pas des concepts figés mais vont être soumis à une myriade de déterminants qui interviennent selon des rapports de force variables dans le temps et en fonction des expériences de vie du migrant.

Alors, il devient important de ne pas aborder la question des déterminants de la transmission du VIH/SIDA selon une analyse simplement transversale mais de s'intéresser à la place occupée par l'histoire personnelle, le vécu social et sexuel, les aspirations,... dans la prise de décision en matière de comportements sexuels. D'où la nécessité d'une vision systémique et dynamique, pour percevoir cette réalité complexe et en tenir compte dans la conception et la mise en place de stratégies d'intervention. Il faut garder à l'esprit que les individus ne sont pas des "électrons libres" mais plutôt des acteurs enracinés dans de vastes réseaux sociaux, eux-mêmes dans un contexte culturel, social et économique en mouvement du fait des dynamiques de changement liées aux phénomènes d'urbanisation rapide.

Le poids des normes, des valeurs et des modèles de performance masculine pourra inciter à un mimétisme social, surtout pour les migrants en phase de découverte d'un nouveau milieu où il faut s'intégrer, et même si en bout de course le pronostic vital est en jeu. Alors pour beaucoup de ces hommes arrivés seuls, le recours au commerce sexuel officiel ou clandestin devient un moyen facile d'accéder à des femmes et de satisfaire leurs désirs avec/ou sans préservatif car l'offre étant supérieure à la demande, beaucoup de femmes en situation de vulnérabilité économique accepteront un rapport sexuel non protégé, de peur de perdre une occasion de rétribution.

Mais quand chaque jour est important et où de multiples risques, préoccupations et conditions de vie et de travail difficiles se côtoient, la préservation de la santé individuelle en regard du risque d'infection au VIH est rarement la priorité. Cependant, l'analyse du risque dans une perspective systémique et dynamique nous montre que, chez certains migrants, lorsque de fortes aspirations de réussite dans leur projet migratoire et leur vie personnelle prennent le dessus, les conditions préalables sont réunies pour une plus grande perméabilité aux discours préventifs, aux changements d'attitudes et à l'adoption de comportements plus sécuritaires.

Nous terminerons en donnant de nouveau la parole à un de nos informateurs, un peu pour boucler la boucle, et insister encore une fois sur l'importance de rester à l'écoute des communautés et des acteurs de terrain, ce sont eux les experts. Nous espérons, malgré notre séjour bien trop court au Sénégal, avoir appréhendé la problématique dans ses dimensions les plus essentielles, dégagé des propositions théoriques pertinentes et formulé des recommandations pratiques tout en restant en phase avec les réalités locales. Notre dernier souhait est que ce travail puisse contribuer à améliorer la connaissance du phénomène *Migration interne et VIH/SIDA* et qu'il soit utile pour la définition ou le réajustement de stratégies d'intervention adaptées au contexte de la vallée du Sénégal.

INF-12 (92): « C'est quand je suis venu ici que j'ai commencé à entendre parler de sida. D'ailleurs, ça fait partie des choses qui apeurent aujourd'hui les gens. Les gens disent que si tu couches avec une femme que tu ne connais pas, une femme qui "circule", tu peux attraper la maladie. Alors, on demande aux gens de faire attention, c'est pourquoi beaucoup ont peur et se méfient. La maladie, ce sont les migrants qui étaient à l'extérieur qui l'ont emmenée ici, donc il est évident qu'elle s'attrape dans le "jeu" dans la mesure où les migrants à l'extérieur ne sont pas avec leurs femmes. Et quand ils reviennent ici au pays (au Fouta) et qu'ils ont des rapports avec leur(s) femme(s) ils vont leur donner le sida. Mais puisque Dieu t'a préservé et que tu n'as pas la maladie, tu dois te méfier comme ça tu vas en même temps préserver ta famille. Car si tu as un rapport avec une personne qui a le sida, tu peux contaminer ta femme. Avec le plaisir d'un jour, tu vas gâcher tout ton avenir ». ■

Bibliographie

Références

- Adams A. (1977)** Le long voyage des gens du fleuve. Paris, Maspero.
- Adepoju A. (1995)** Emigration dynamics in Sub-Saharan Africa. *International Migration*, 33(3-4), 315-90.
- Aggleton P., O'Reilly K., Slutkin G., Davies P. (1994)** Risking everything? Risk behavior change, and AIDS. *Science*, 265, 341-345.
- Anarfi J.K., Appiah E.N., Awusabo-Asare K. (1997)** Livelihood and the risk of HIV/AIDS infection in Ghana: the case of female itinerant traders. *Health Transition Review*, 7(Suppl.), 225-42.
- Anarfi J.K. (1993)** Sexuality, migration and AIDS in Ghana: a socio-behavioral study. *Health transition review*, 3(Suppl.), 45-67.
- Auerbach J.D., Coates T.J. (2000)** HIV prevention research: accomplishments and challenges for the third decade of AIDS. *American Journal of Public Health*, 90(7), 1029-32.
- Bâ A.H. (1998)** Sur les traces d'Amkoullel, l'enfant peul. Paris, Actes Sud.
- Bajos N. (1998)** Les risques de la sexualité. In: N. Bajos, M. Bozon, A. Ferrand, A. Giami, A. Spira (eds.) *La sexualité aux temps du sida*, 35-61, Sociologie d'aujourd'hui, Paris, Presses universitaires de France.
- Bajos N., Ducot B., Spencer B., spira A. (1997)** Sexual risk taking, socio-sexual biographies and sexual interaction: elements of the french national survey on sexual behaviour. *Social Science and Medicine*, 44(1), 25-40.
- Bajos N., Ludwig D. (1995)** Risque construit et objectivation du risque: deux approches de l'adaptation au risque de transmission sexuelle du sida. In: *Sexualité et sida: recherches en sciences sociales*, 199-218, Paris, Agence Nationale de Recherche sur le Sida.
- Becker H. (2000)** Les interactions: trames de la vie sociale: entretien avec Howard Becker. In: P. Cabin, J.F. Dortier (dirs.) *La sociologie: histoire et idées: les fondateurs, les grands courants, les nouvelles sociologies*. Auxerre, Sciences humaines.
- Bibeau G. (1991)** L'Afrique, terre imaginaire du sida: la subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes. *Anthropologie et Sociétés*, 15(2-3), 125-47.
- Bibeau G., Perreault M. (1995)** Dérives montréalaises: à travers les itinéraires de toxicomanies dans le quartier de Hochelaga-Maisonneuve. Montréal, Boréal.
- Blumer H. (1969)** Symbolic interactionism: perspective and method. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Bond V., Dover P. (1997)** Migrant labour, sexual networking and multi-partnered sex in Malawi. *Health Transition Review*, 7(Suppl.), 377-391.
- Bonfiglioli A.M. (1994)** Niger: chez les Peuls wodaabé. In: J. Vernet (dir.) *Pays du Sahel: du Tchad au Sénégal, du Mali au Niger*. Paris, Autrement.
- Brabin, L., Kemp J., Obunge O. K., Ikimalo J., Dollimore N., Odu N.N., Hart C.A., Briggs N.D. (1994)** Reproductive tract infections and abortion among adolescent girls in rural Nigeria. *Lancet*, 344, 300-304.
- Caldwell J.C., Orubuloye I.O., Caldwell P. (1999)** Obstacles to behavioural change to lessen the risk of HIV infection in the African AIDS epidemic: Nigerian research. In: *Resistances to behavioural change to reduce HIV / AIDS infection in predominantly heterosexual epidemics in Third World countries*, JC. Caldwell, P. Caldwell, J. Anarfi, K. Awusabo-Asare, J. Ntozi, I.O. Orubuloye, J. Marck, W. Cosford, R. Colombo and E. Hollings (eds.). Australian National University, National Centre for Epidemiology and Population Health, Health Transition Centre, 113-24.

- Calvez M. (1995)** La sexualité dans les recherches sociologiques sur le sida: des questions de prévention à la construction d'une approche. In: *Sexualité et sida: recherches en sciences sociales*, 143-58, Agence Nationale de Recherche sur le Sida, Paris.
- Campbell C. (1997)** Migrancy, masculine identities and AIDS: the psychosocial context of HIV transmission on the South African gold mines. *Social Science and Medicine*, 45, 2, 273-81.
- Caraël M., Cleveland J., Deheneffe J.C.; Ferry B., Ingham R. (1995)** Sexual behavior in developing countries: implications for HIV control. *AIDS*, 9(10), 1171-5
- Chirwa W.C. (1997)** Men, women and the trouble with condoms: problems associated with condom used by migrant workers in rural Zambia. *Health Transition Review*, 7(Suppl. 3), 5-15.
- Cormier M.C., Gueye C., Lericollais A., Seck S.M. (2000)** La construction de l'espace sénégalais depuis l'indépendance: 1960-2000. IRD, Dakar.
- Creswell J.W. (1998)** Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions. Thousand oaks, Sage.
- Cusick L. (1998)** Non-use of condoms by prostitute women. *AIDS Care*, 10(2), 133-46.
- de Bruyn M. (1992)** Women and AIDS in developing countries. *Social Science in Medicine*, 34(3), 249-62.
- Decosas J. (1996)** Le VIH et le développement. Exposé en plénière dans le cadre de la XIe Conférence internationale sur le sida, Vancouver, 1996.
- Decosas J., Adrien A. (1997)** Migration and HIV. *AIDS*, 11 (Suppl. A), S77-S84.
- Decosas, J., Pedneault, V. (1992)** Women and AIDS in Africa: demographic implications for health promotion. *Health Policy and Planning*, 7(3), 227-233.
- Demenet P. (2002)** Le scandale *stavudine*: ces profiteurs du sida. *Le Monde Diplomatique*, février 2002, Paris.
- Desgrées du Lou A. (1998)** Santé de la reproduction et SIDA en Afrique Subsaharienne: enjeux et défis. *Population*, 53(4), 701-30.
- Deslauriers J.P. (1991)** Recherche qualitative: guide pratique. Montréal, Thema, Chenelière/McGraw-Hill.
- Diagne P.S., Laricollais A. (1983)** La vallée du Sénégal. In: Pélissier P. (dir.) *Atlas du Sénégal, 2e édition*. Les éditions Jeune Afrique.
- Diouf M. (1994)** Les ethnies et la nation. Paris, L'Harmattan.
- District de Richard-Toll (1997)** Plan de développement sanitaire 1997-2001, Richard-Toll.
- Equipe de coordination du projet Mobilité et MST/SIDA au Sénégal (1999)** Rapport d'activités #1, Dakar, 20 janvier 1999.
- Fassin, D. (1992)** Pouvoir et maladie en Afrique: anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar. Paris, Presses universitaires de France.
- Fuglesang M. (1997)** Lessons for life: past and present modes of sexuality education in Tanzanian society. *Social Science and Medicine*, 44(8), 1245-54.
- Gaden H. (1931)** Proverbes et maximes Peuls et Toucouleurs, traduits, expliqués et annotés. Paris, Institut d'ethnologie.
- Godin G. (1988)** Les fondements psycho-sociaux dans l'étude des comportements reliés à la santé. *Santé Société*, 2, 5-20.
- Groupe Séro-Epidémiologique (1997)** Bulletin épidémiologique HIV, n°6, décembre 1997, CNPS Sénégal, Dakar.
- Guba E.G., Lincoln Y. (1989)** Fourth generation evaluation. Newsbury Park, Sage.

- Guba E.G., Lincoln Y. (1994)** Competing paradigms in qualitative research. In: N. K. Denzin, Y. Lincoln (eds.) *Handbook of qualitative research*, 105-17. Thousand Oak, Sage.
- Guilmoto C. (1997)** Migrations et institutions au Sénégal: effets d'échelle et déterminants. Centre Français sur la Population et le Développement, Les Dossiers du CEPED, No. 46, Paris.
- Guizzardi G., Stella R., Remy J. (1997)** Rationality and preventive measures: the ambivalence of social discourse on AIDS. In: L. Van Campenhout, M. Cohen, G. Guizzardi, D. Hausser (eds.) *Sexual interactions and HIV risk: new conceptual perspectives in European research*, 159-80, London, Taylor & Francis.
- Hankins (1998)** Changing in patterns of risk AIDS CARE, 10 (Suppl. 2), S147-S153.
- Haour-Knipe M. (1998)** Prévention du sida ou discrimination ? : les migrants et les minorités ethniques. In: *Le sida en Europe: nouveaux enjeux pour les sciences sociales: 2e conférence européenne sur les méthodes et les résultats des recherches en sciences sociales sur le sida*, 159-70. Paris, Agence Nationale de Recherche sur le Sida, Collection Sciences sociales et sida.
- Haour-Knipe M., Rector R. (1996)** Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS. London, Taylor & Francis.
- Heise L.L., Elias C. (1995)** Transforming aids prevention to meet women's needs: a focus on developing countries. *Social Science and Medicine*, 40(7), 931-43.
- Huberman A.M., Miles M.B. (1991)** Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes. Bruxelles, De Boeck, Editions du renouveau pédagogique.
- Huberman A.M., Miles M.B. (1994)** Data management and analysis methods. In: N.K. Denzin, Y. Lincoln (eds.) *Handbook of qualitative research*, 428-44. Thousand Oak, Sage.
- Kadya Tall E. (1998)** Sénégal, le miroir cosmologique. Paris, Le Courrier de l'UNESCO,
- Kane F., Alary M., Ndoye I., Coll A. M., M'boup S., Guèye A., Kanki P. J., Joly J. R. (1993)** Temporary expatriation is related to HIV-1 infection in rural Senegal. *AIDS*, 7, 1261-65.
- Kipp W., Masheisha C., Von Sonnenberg F., Weis P. (1994)** Influence of personal experience of dying AIDS patients on attitude and sexual behaviour in Kabarole district, Uganda. *AIDS*, 8(3), 392-393.
- Lagarde E., Pison G., Enel C. (1996)** Knowledge, attitudes and perception of AIDS in rural Senegal: relationship to sexual behavior and behavior change. *AIDS*, 10, 327-34.
- Lalou R., Piché V. (1994)** Migration et SIDA en Afrique de l'Ouest: un état des connaissances. Centre Français sur la Population et le Développement, Les Dossiers du CEPED, No. 28, Paris.
- Lalou R., Piché V. (1996)** Sida et migrations: l'exemple de l'Afrique de l'Ouest. In: M. Salomon, R. Toubon (eds.) *SIDA, sociétés et populations*, 215-25. Paris, John Libbey Eurotext, Equilibres et Populations.
- Lam A.M. (1993)** De l'origine égyptienne des peuls. Paris, Présence africaine.
- Laperrière A. (1997a)** La théorisation ancrée (grounded theory): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. In: J. Poupert, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A.P. Pires (eds.) *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 309-40. Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives, Montréal, Gaëtan Morin.
- Laperrière A. (1997b)** Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In: J. Poupert, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A.P. Pires (eds.) *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 365-89. Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives, Montréal, Gaëtan Morin.

- Le Breton D. (1995)** La sociologie du risque. Paris, Presses universitaires de France.
- Leaune V., Adrien A. (1998)** Les montréalais d'origine haïtienne et l'infection au VIH: prévalence de l'infection au VIH, situations et comportements associés. Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Lericollais A. (1980)** Peuplement et cultures de saison sèche dans la Vallée du Sénégal: introduction. Paris, ORSTOM.
- Lericollais A., Diallo Y. (1980)** Peuplement et cultures de saison sèche dans la Vallée du Sénégal: carte A à 1/100 000, Rao-Nord, Ross-Béthio, Keur-Massène, Rosso-Ouest. Paris, ORSTOM.
- Lessard-Hébert M., Goyette G., Boutin G. (1996)** La recherche qualitative: fondements et pratiques, 2^e édition, Montréal, Editions Nouvelles.
- Leviton L.C. (1989)** Theoretical foundations of AIDS-prevention programs. In: R.O. Valdiserri (ed.) *Preventing AIDS: the design of effective programs*, 42-90. New-Brunswick, Rutgers University Press.
- Levy R. (1995)** Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de 4^e génération. *Ruptures*, 2(1) 56-72.
- Levy R. (1997)** Réflexions sur la recherche en santé publique: des métaphores à la rescousse. *Ruptures*, 4(1) 35-44.
- Lincoln Y. (1995)** Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative inquiry*, 1(3), 275-89.
- Lydié N., Robinson N.J. (1998)** West and Central Africa. *International Migration*, 36(4), 469-509.
- MacDonald D.S. (1996)** Notes on the socio-economic and cultural factors influencing the transmission of HIV in Botswana. *Social Science in Medicine*, 42(9), 1325-33.
- Macintyre K., Brown L., Sosler S. (2001)** "It's not what you know, but who you knew": examining the relationship between behaviour change and AIDS mortality in Africa. *AIDS Education and Prevention*, 13(2), 160-74.
- Massé R. (1995)** Culture et santé publique. Montréal, Gaëtan Morin.
- Mbizvo M.T., Bassett M.T. (1996)** Reproductive health and AIDS prevention in sub-Saharan Africa: the case for increased male participation. *Health Policy Planning*, 11(1), 84-92.
- Mbodj A. (1996)** Maladies sexuellement transmises, sida à travers les représentations, les recours et itinéraires thérapeutiques chez les Wolof et les Haalpulaar du delta du Sénégal. In: CODESRIA, CNPS, ORSTOM (eds.) *Colloque international: sciences sociales et sida en Afrique: bilan et perspectives*, 4-8 novembre 1996, Sali Portugal, Sénégal, (Vol.1), 169-84.
- McGrath J.W., Rwabukwali C.B., Schumann D.A., Pearson-Marks J., Nakayiwa S., Namande B., Nakyobe L., Mukasa R. (1993)** Anthropology and AIDS: the cultural context of sexual risk behavior among urban Baganda women in Kampala, Uganda. *Social Science in Medicine*, 36(4), 429-39.
- Meda N., Ndoye I., M'Boup S., Wade A., Ndiaye S., Niang C., Sarr F., Diop I., Carael M. (1999)** Low and stable HIV infection rates in Senegal: natural course of the epidemic or evidence for success of prevention? *AIDS*, 13(11), 1397-405.
- Meekers D., Calvès A. E. (1997)** "Main" girlfriends, girlfriends, marriage, and money: the social context of HIV risk behaviour in sub-Saharan Africa. *Health transition review*, 7(Suppl.), 361-75.
- Ministère de l'Intérieur du Sénégal- Direction des collectivités locales, Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat- Direction de l'Urbanisme et de l'Architecture (1993)** Tableau de bord des communes hors-Dakar, Dakar (Sénégal).

- Minvielle, J.P. (1985)** Paysans migrants du Fouta Toro. N°191, Paris, Editions de l'ORSTOM, Collection Travaux et Documents.
- Mucchielli, A. (1996)** Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Paris, Colin.
- Niang C.I., Diop I., Sarr F., Wane D.M.T. (2001)** L'expérience sénégalaise en matière de lutte contre le sida: documentation des meilleures pratiques. Dakar, ONUSIDA/Groupe thématique/PNLS, (version provisoire).
- Nunn A.J., Wagner H.U., Kamali A., Kengeya-Kayondo J.F., Mulder D.W. (1995)** Migration and HIV-1 seroprevalence in a rural Ugandan population. *AIDS*, 9(5), 503-6.
- Organisation mondiale de la santé (1997)** Rapport sur la santé dans le monde, 1997: vaincre la souffrance, enrichir l'humanité. Genève, OMS.
- ONUSIDA (1998)** Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA: juin 1998. Genève.
- ONUSIDA (2000)** Agir vite pour prévenir le SIDA: le cas du Sénégal. Collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA: outils fondamentaux. Genève.
- ONUSIDA EIP/AOC (2000a)** Atelier régional sur la migration et le VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest et du Centre, Bamako (Mali), 29 mai - 01 juin 2000.
- ONUSIDA EIP/AOC (2000b)** Atelier régional sur l'analyse de la situation de la prostitution en Afrique de l'Ouest et du Centre, Abidjan (Côte-d'Ivoire), 21-24 mars 2000.
- ONUSIDA, OMS (2000)** Le point sur l'épidémie de SIDA: décembre 2000. Genève.
- ONUSIDA, OMS (2001)** Le point sur l'épidémie de SIDA: décembre 2001. Genève.
- Orubuloye I.O., Caldwell J.C., Caldwell P. (1997)** Perceived male sexual needs and male sexual behavior in southwest Nigeria. *Social Science and Medicine*, 44(8), 1195-1207.
- Paicheler G. (1995)** Le savoir profane du sida. *La Recherche*, 281, 27-29.
- Painter T.M. (1995)** Mobile livelihood strategies: a challenge to HIV / AIDS prevention efforts in Africa. *Sociétés d'Afrique et SIDA*, 10, 5-6.
- Painter T.M. (1999)** Livelihood mobility and AIDS prevention in West Africa: challenges and opportunities for social scientists. In: C. Becker, J.P. Dozon, C. Obbo, M. Touré (eds.) *Vivre et penser le sida en Afrique: experiencing and understanding AIDS in Africa*, 645-65, Paris-Dakar, Karthala, Codesria, IRD.
- Parker R., Herdt G., and Carballo M. (1991)** Sexual culture, HIV transmission, and AIDS research. *The Journal of Sex Research* 28:77-98.
- Patton M. Q. (1990)** Qualitative evaluation and research methods, 2nd ed. Beverly Hills, Sage.
- Peto D., Remy J., Van Campenhoudt L., Hubert M. (1992)** SIDA: l'amour face à la peur: modes d'adaptation au risque du SIDA dans les relations hétérosexuelles. Paris, L'Harmattan: Logiques sociales.
- Piché V. (1998)** Apprentissage et pratique sanitaire au Sénégal: un projet de recherche-action. Montréal, projet 98-1350-01 présenté au CRDI. Université de Montréal, Programme Régional de Formation de Formateurs en Management de la Santé Reproductive (Dakar), Université Cheikh Anta Diop (Dakar), PNLS (Sénégal), SANFAM, ORSTOM-Sénégal.
- PNUD (2001)** Rapport mondial sur le développement humain 2001: mettre les nouvelles technologies au service du développement humain. Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), Paris, Bruxelles, DeBoeck Université.
- Prothero R.M. (1996)** Migration and AIDS in West Africa. *Geography*, 81(353 Pt 4), 374-77.
- Ratcliffe J.W., Gonzales-del-Valle A. (1988)** Rigor in health-related research: toward an expanded conceptualization. *International Journal of Health Services*, 18(3), 361-92.

- Ray S., Latif A., Machekano R., Katzenstein D. (1998)** Sexual behavior and risk assesment of HIV seroconvertors among urban male factory workers in Zimbabwe. *Social Science and Medicine*, 47 (10), 1431-43.
- Rhodes T. (1997)** Risk theory in epidemic times: sex, drugs and the social organisation of risk behaviour. *Sociology of Health & Illness*, 19(2), 208-27.
- Rivers K., Aggleton P. (1999)** Men and the HIV Epidemic, Gender and the HIV Epidemic. New York, UNDP HIV and Development Programme.
- Santoir C. (1983)** Raison pastorale et politique de développement: les Peul sénégalais face aux aménagements. Paris, ORSTOM.
- Santoir C. (1994)** Décadence et résistance du pastoralisme. Les Peuls de la vallée du fleuve Sénégal. In: *EHESS/CNRS Cahiers d'Études africaines: l'archipel Peul*. 133-135(34), 231-63, Paris.
- Schoepf B.G., Walu E. W., Rukarangira W.N., Payanso N., Schoepf C. (1991)** Gender, power and risk of AIDS in Central Africa, 187-203. In: *Women and Health in Africa*, Meredith Turshen (dir.), Rutgers, Africa World Press.
- Schoepf B.G. (1993)** AIDS action-research with women in Kinshasa, Zaire. *Social Science and Medicine*, 37(11), 1401-13.
- Scientific Software Development's. (1997)** Atlas-ti, Visual Qualitative Data: analysis, management, model building in education, research and business. New version 4.1 designed for Windows 95 and Windows NT. User's Manual and Reference.
- Seck, T.A. (1998)** Le Sénégal au défi de l'ajustement structurel. *Le Monde Diplomatique*, octobre 1998, Paris.
- Slovic P. (1987)** Perception of risk. *Science*, 236, 281-85.
- Sow B., Ndiaye S., Gaye A., Sylla A.H. (2000)** Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé: (ESIS) 1999. Dakar, Ministère de la santé du Sénégal- Direction des Études, de la Recherche et de la Formation, Groupe SERDHA, Measure DHS+ Macro International Inc.
- Sow P.S., Gueye B., Sylla O., Coll-Seck A. M. Lévirat. (1996)** Pratiques traditionnelles et transmission du virus de l'immunodéficience humaine au Sénégal: l'exemple du lévirat et du sororat. In: CODESRIA, CNPS, ORSTOM (eds.) *Colloque international: sciences sociales et sida en Afrique: bilan et perspectives*, 4-8 novembre 1996, Sali Portugal, Sénégal, (Vol.1), 223-27.
- Strauss A., Corbin J. (1997)** Grounded theory in practice. Thousand Oaks, Sage.
- Tamisier J.M. (1998)** Dictionnaire des peuples: sociétés d'Afrique, d'Amérique, d'Asie et d'Océanie, Paris, Larousse: Les Référents.
- Tesch R. (1990)** Qualitative research: analysis types and software tools. New York, Bristol: Falmer Press.
- U.S. Census Bureau (2001)** HIV/AIDS Surveillance Data Base: june 2001 Release. Washington, DC, International Programs Center, Health studies branch.
- UNAIDS, IOM (1998)** Migration and AIDS. *International Migration*, 36(4), 445-67.
- UNESCO (2000)** Rapport mondial sur l'éducation 2000: le droit à l'éducation: vers l'éducation pour tous tout au long de la vie. Paris, Éditions UNESCO.
- Van Campenhoudt L. (1998)** Nouvelles tendances théoriques dans la recherche européenne sur les comportements sexuels face au risque VIH. In: *Le sida en Europe: nouveaux enjeux pour les sciences sociales: 2e conférence européenne sur les méthodes et les résultats des recherches en sciences sociales sur le sida*. Paris, Agence Nationale de Recherche sur le Sida, Collection sciences sociales et sida.

Van Campenhoudt L., Cohen M. (1997) Interaction and risk-related behaviour: theoretical and heuristic landmarks. In: L.Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi, D. Hausser (eds.) *Sexual interactions and HIV risk: new conceptual perspectives in European research*, 59-74, London, Taylor & Francis.

Van der Maren J.M. (1996) Méthodes de recherche pour l'éducation, 2e éd. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

Van der Maren J.M. (1998) Notes de cours ETA 6512-Hiver1998, Analyse de données qualitatives, Montréal, Université de Montréal.

Vidal L. (1996) Le silence et le sens: essai d'anthropologie du sida en Afrique. Paris, Anthropos.

Wane Y. (1969) Les Toucouleur du Fouta Tooro: stratification sociale et structure familiale. Université de Dakar, Institut Fondamental d'Afrique Noire, Collection Initiations et Etudes Africaines, N°XXV.

Werner J.F. (1991) La prostitution en milieu urbain africain: un exemple sénégalais. *Anthropologie et Sociétés*, 15(2-3), 255-62.

White S.C. (1997) Men, masculinities and the politics of development. In: C. Sweetman (ed.) *Men and Masculinity*. Oxford, Oxfam.

Woodcock A.J., Stenner K., Ingham R. (1992) Young people talking about HIV and AIDS: interpretations of personal risk of infection. *Health Education Research*, 7, 229-247.

World Bank (2001) Selected world development indicators. Washington, DC, <http://www.world-bank.org/data>.

Annexes

Annexe 1:
Indicateurs économiques, démographiques et sanitaires

Annexe 1

Sélection d'indicateurs économiques, démographiques et sanitaires (Sénégal)

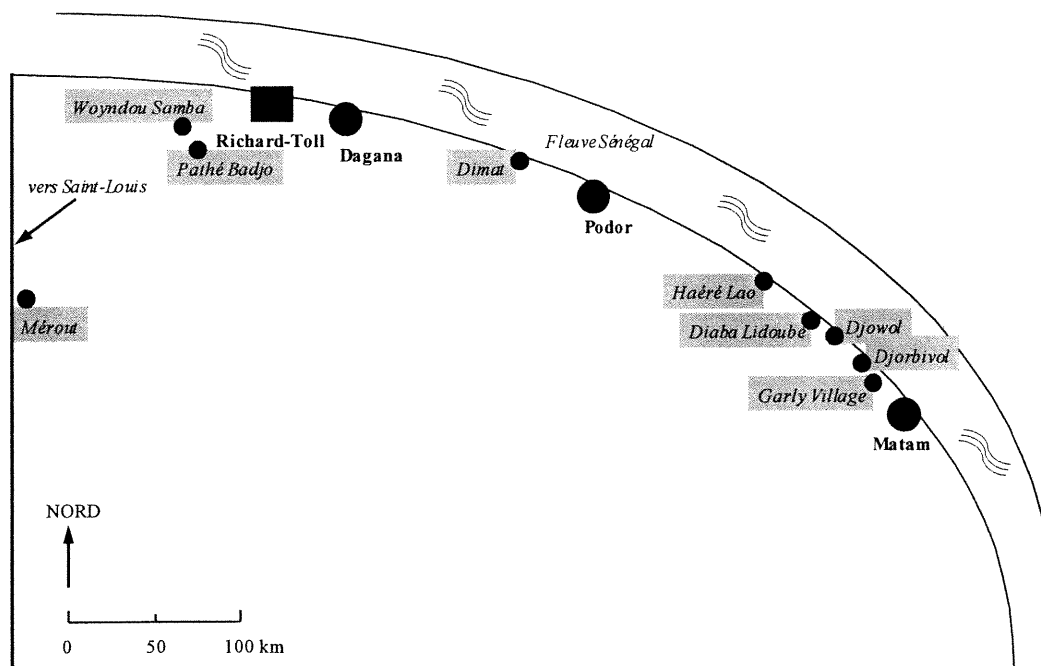
indicateur	estimation	unité	année	source
Economie et développement humain				
PIB	4,8	milliards US\$	1999	<i>World Bank, 2001</i>
Revenu par habitant (PNB/habitant)	540	US\$	1999	<i>World Bank, 2001</i>
Revenu par habitant (PNB/habitant) des pays voisins:	540	US\$	1999	<i>World Bank, 2001</i>
• Guinée	510	US\$	1999	<i>World Bank, 2001</i>
• Mali	240	US\$	1999	<i>World Bank, 2001</i>
• Mauritanie	380	US\$	1999	<i>World Bank, 2001</i>
Dépenses publiques de santé (en % du PNB)	2,6	%	1998	<i>World Bank, 2001</i>
Aide publique au développement nette reçue (par habitant)	57,5	US\$	1999	OCDE, 2001
Aide publique au développement nette reçue (en % du PIB)	11,2	%	1999	OCDE, 2001
Service de la dette (en % du PIB)	5,0	%	1999	<i>World Bank, 2001</i>
Service de la dette (en % des exportations)	16,1	%	1999	<i>World Bank, 2001</i>
Taux d'analphabétisme des adultes (% de la population de plus de 15 ans)	63,6	%	1999	PNUD, 2001
Démographie				
Taux brut de natalité	42	‰	1999	ESIS-Sénégal
Indice synthétique de fécondité pour les femmes âgées de 15 à 49 ans	5,7	enfant/femme	1997	EDS-III
Taux d'accroissement naturel de la population	2,7	%	1999	ESIS-Sénégal
Pourcentage de la population âgé de moins de 20 ans	57,7	%	1997	EDS-III
Population urbaine	46,7	% du total	1999	PNUD, 2001
Santé				
Espérance de vie à la naissance	52,9	années	1999	PNUD, 2001
Population ayant accès aux médicaments et vaccins essentiels	66	%	1999	PNUD, 2001
Enfants d'un an vaccinés contre la rougeole	60	%	1999	PNUD, 2001
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	68	‰	1999	PNUD, 2001
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	118	‰	1999	PNUD, 2001
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	560	/100 000	1999	PNUD, 2001

Annexe 2:
Présentation des informateurs migrants

a) Caractéristiques socio-démographiques des informateurs migrants

n° id.	origine ethnique	âge	statut marital	date d'arrivée à RT	secteur d'activité	activité	village d'origine	niveau d'instruction laïque ¹ /coranique (n année ou niveau)	zone de résidence
INF-1	Touc.	26	célibataire	1991	SI	conducteur de calèche	Djowol	0/0	Khouma
INF-2	Peul	30	marié, 1990 (♀ venue ensuite à RT)	1992	SI	boutiquier	Haéré Lao	0/0	Delta Centre-ville
INF-3	Touc.	34	célibataire	1998	SI	vendeur ambulant	Djorbivol	0/0	Campement
INF-4	Touc.	20	célibataire	1997	SI	vendeur ambulant	Diaba Lidoube	CE2/0	Campement
INF-5	Touc.	29	marié, 1995 (♀ au village)	1997	CSS	coupeur	Garly Village	CM2/0	Khouma
INF-6	Touc.	20	célibataire	1998	SI	tangana	Haéré Lao	0/12	Centre-ville
INF-7	Peul	20	célibataire	1998	CSS	coupeur	Pathé Badjo	0/0	Khouma
INF-8	Peul	23	célibataire	1997	CSS	coupeur	Woyndou Samba	0/0	Khouma
INF-9	Touc.	21	célibataire	1995	SI	tangana	Dimat	CM1/0	Centre-ville
INF-10	Peul	29	célibataire	1998	CSS	coupeur	Woyndou Samba	0/3	Khouma
INF-11	Peul	32	marié, 1989 (♀ au village)	1993	CSS	coupeur	Mérout	0/3	Campement
INF-12	Touc.	39	marié	1979	CSS	ouvrier machiniste	Dimat	0/15	Khouma

b) Lieu d'origine des travailleurs migrants



¹ Enseignement public laïque, d'inspiration française: CE2 (Cours élémentaire 2^{ème} année), CM1 et CM2 (Cours moyen 1^{ère} et 2^{ème} année)

Annexe 3:
Liste des personnes-clé rencontrées

Annexe 3

Personnes-clé rencontrées lors de la mission au Sénégal

Dakar

Amadou BA	Démographe conseiller pédagogique au Programme de Formation de Formateurs en Management de la Santé Reproductive (FNUAP, UdeM) et coordonnateur du <i>Projet Mobilité & MST/SIDA au Sénégal</i>
Hélène BANGA	Chercheur ISE, UCAD
Abdou Salam FALL	Socio-anthropologue IFAN
Dr Eugène GBEDJI	Médecin conseiller pédagogique au Programme de Formation de Formateurs en Management de la Santé Reproductive
Dr Moustapha GUEYE	Médecin ENDA-Santé
Richard LALOU	Démographe, chercheur IRD (ex-ORSTOM)
Dr Rose Djiplo N'GUESSAN	Médecin, coordonnatrice nationale du Projet d'appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest/Sida 2 (1995-2001), Volet Sénégal, CCISD
Cheikh Ibrahima NIANG	Chercheur ISE, UCAD
Dr Karim SECK	PNLS
Abdoulaye TALL	Démographe <i>Projet Mobilité & MST/SIDA</i> , Programme de Formation de Formateurs en Management de la Santé Reproductive
Dr Mahmadou TOURE	Coordonnateur du Programme de Formation de Formateurs en Management de la Santé Reproductive

Saint-Louis

Salif DEME	EPS Superviseur des SSP, district sanitaire
Dr Pape Coumba FAYE	Médecin-chef de district sanitaire
Dr Abdoulaye LY	Médecin-chef de région médicale
Malaw SOW	Responsable de l'Antenne régionale de l'ASBEF
Dr Aliou THIAM	Pharmacien biologiste, laboratoire du dispensaire de Sor

Richard-Toll

M. BARRY	Service des ressources humaines de la CSS
Dr El Hadj Yankoba DIAL	Médecin-adjoint, district sanitaire
Diokel DIENG	Technicien laboratoire au centre de santé du district
Gnagna DIENG SOW	Sage-femme, maternité et centre des MST du district
Dr Amadou Mame DIOP	Pharmacien, pharmacie Escale
Dr Mamadou DIOP	Médecin-chef, district sanitaire
Amsata FALL	Travailleur social ASBEF
Dr Paul FAYE	Pharmacien
Dr Aboubacar GASSAMA	Médecin-chef, centre médical de la CSS
Dr Malick N'DIAYE	Médecin, ASBEF
Maurice N'DIAYE	Secrétaire général de Mairie
Alima NIANG	Sage-femme, maternité et centre des MST du district sanitaire
El Hadj NIANG	Directeur ASBEF Richard-Toll
Hassamiou SANGHOTT	Agent technique de l'agriculture, et alphabétiseur en langue Pulaar
Fatimata SARR	Agent Prestataire de Santé Reproductive à Base Communautaire, ASBEF
Khady Sidy FAYE SARR	Secrétaire de l'Antenne ASBEF de Richard-Toll
Dr Cheick SECK	Médecin généraliste
Cira SOW	Infirmière chargée du counseling des prostituées, centre des MST du district sanitaire
Oumou N'DIAYE SY	Sage-femme, centre médical de la CSS et ONG SANFAM

Annexe 4:
Trame d'entretien individuel avec les informateurs migrants

Annexe 4

Trame d'entretien individuel en profondeur avec les informateurs migrants

 **Prise de contact (exemple)²**

« Nous allons parler de la vie des gens qui sont venus travailler ou s'installer à Richard Toll, et également des questions de santé et notamment des maladies d'homme et des maladies de femme liées à la sexualité. Ceci afin de mieux comprendre comment ces problèmes se développent, comment les gens les perçoivent et essayent de s'en protéger. Cette étude va servir à développer des programmes mieux adaptés aux problèmes et aux besoins des gens afin de lutter contre l'extension du sida et des maladies liées à la sexualité dans le pays ».


 **Conduite de l'entretien (durée estimée: 1h30 à 2 heures)**
Entretien N°:**Date d'entretien:****Lieu d'entretien:****Nom (à usage interne):****Prénom:****Adresse actuelle:****• L'informateur (caractéristiques socio-démographiques)**

- Quel âge as-tu ?
- Tu es originaire de quel village?
- Tu es marié ?
- Ta femme est restée au village ? Pourquoi ?
- Si oui, as-tu des co-épouses ? Combien ?
- Depuis quand es-tu arrivé à Richard-Toll ?
- As-tu été scolarisé, à l'école publique ? coranique ? si oui, combien d'années et quel niveau ?
- As-tu de la famille à Richard-Toll ?
- Si oui, degré de parenté ?
- Si oui, es-tu logé dans ta famille ?
- Quel est ton activité professionnelle principale ?
- As-tu une activité professionnelle secondaire, si oui, laquelle ?
- Fais-tu des voyages fréquents vers ton village d'origine ? Quelle fréquence ?
- Date du dernier voyage au village ?
- Pour quel motif ?

² Afin d'alléger les annexes, le guide de formation de l'interviewer-interprète n'a pas été inclus dans ce document.

• **Avant, au village**

- **Comment s'était avant au village ? Racontes-moi ta vie au village ?**

- Avais-tu un emploi?...
- Et la famille, les ami(e)s,... comment ça se passait ?
- Comment c'était ta vie amoureuse là bas ? Avais-tu une épouse, des co-épouses ?
- Si oui, combien ?
- Et ta vie sexuelle ? Avais-tu une ou plusieurs partenaires régulières ?
- Qu'est-ce que tu faisais pour protéger ta santé ?
- Est-ce que tu portais le condom?
- Qu'est-ce que tu faisais pour ne pas attraper de maladies sexuellement transmissibles ?
- Qu'est-ce que tu faisais pour que ta (tes) partenaires ne tombent pas enceintes ?
- As-tu entendu parler du sida au village ? Qui t'en a parlé ?
- As-tu vu ou connais-tu des personnes atteintes par la maladie (sida) ?

• **Circonstances entourant le départ, et pendant le voyage**

- **Qu'est ce qui t'as motivé à quitter le village ? Pourquoi es-tu parti ?**

- Quand es-tu parti?
- Qu'est-ce qui s'est passé durant ton voyage ? As-tu fait des rencontres ?
- Si oui, où, et avec qui ? Si oui, as-tu eu des relations sexuelles ?

• **Maintenant, en ville**

- **Maintenant que tu es ici, comment ça se passe pour toi ?**

- Ta vie, ton intégration, ton travail ?
- Et ta vie amoureuse ?
- Et ta vie sexuelle ?
- Et le sida, tu en penses quoi ?
- Qu'est-ce que tu fais pour protéger ta santé ?
- Qu'est-ce que tu fais pour ne pas attraper de maladies sexuellement transmissibles ?
- Est-ce que tu portes le condom ?
- Dans quelles circonstances ? Pourquoi ?

• **Remarques complémentaires (atmosphère de l'entretien, problèmes éventuels,...)**

Annexe 5:
Tableaux des rubriques de codes
et des catégories conceptuelles

Annexe 5

a) Dimensions émergentes, rubriques de codes et catégories relatives aux comportements sexuels à risque des informateurs migrants, perceptions du risque, et aux facteurs propices à la prise de risque

N°	Code Atlas-ti	Intitulé (catégorie et rubrique de code)
		1. COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUE
		Utilisation faible et inconstante du condom
70	Condo(-):jamais utilisé	N'a jamais utilisé le condom
71	Condo(-):jamais utilisé/village	N'a jamais utilisé le condom au village
72	Condo+:inconstant	Utilisation inconstante du condom (des jours oui, des jours non)
73	C-risk:condo(-)si refus de F	N'utilise pas le condom si la partenaire le refuse
74	C-risk:manque sex/condom=0	En manque sexuel et pas de condom sur lui
		Recours à la prostitution
76	Prosti+:oui	Fréquente les prostituées des maisons closes
130	Part:0 cop-régul/prosti+	Pas de copine régulière / fréquente les prostituées
77	Prosti+:pdt fêtes	Recours à la prostitution pendant les fêtes
79	C-risk:stop-prosti+ diff	Difficile d'arrêter de fréquenter les prostituées
81	Prosti+/:ton-coeur-veut	L'isolement affectif pousse à fréquenter les prostituées
130	Part:0 cop-régul/prosti+	Pas de copine régulière / fréquente les prostituées
84	C-risk:rel-sex/\$avec occas	Relations sexuelles rétribuées avec partenaires occasionnelles
136	Part=vend-lait+\$	Fréquente les vendeuses de lait (prostituées occasionnelles)
		Diversité des scénarios de multipartenariat
125	Part:multiples	Partenaires multiples
83	C-risk:rel-sex extra-conjug/occas	Partenaires occasionnelles extra-conjugales
86	Part=rotation fréquente	Partenaires multiples avec rotation fréquente de partenaires (<i>Samba Yahodou</i>)
88	C-risk:pasdeSél-toutesF	Pas de sélection, toute femme qui lui plaît et qui accepte
		Interactions urbain/rural: activité sexuelle lors des A/R au village
85	RT-V:+rel-sex/visit-Village	Relations sexuelles durant les visites au village avec plusieurs partenaires
91		Scénarios et situations à risque (infidélités croisées)
92	C-risk:infidél<cop-régul	Infidélité suspectée de sa femme ou copine régulière
93	C-risk:infidél>saF(NSP)	Infidélité à sa femme
		Réseau sexuel actuel [partenaires multiples]-descriptif
126	Part:Irégul+siieurs occas	1copine régulière + partenaires occasionnelles
127	Part:2cop-régul(RT-V)	2copines régulières: une en ville, une au village
128	Part:saF+cop-occas	Son épouse + occasionnelles habituées
129	Part:saF+cop-régul+occas	Son épouse + 1copine régulière + occasionnelles
122	Part-V:Irégul+1occas	1copine régulière au village + partenaires occasionnelles
123	Part-V:+siieurs-copines	Plusieurs copines au village (□ 3)
124	Part-V:occas-habituées	Copines occasionnelles habituées
135	Part=Fmariée(s)	Que des femmes mariées
		Réseau sexuel [avant au village]-descriptif
116	Part-AV:Irégul+siieurs-occas	AV au village: 1copine régulière + des partenaires occasionnelles
117	Part-AV:+siieurs-copines	AV au village: plusieurs copines (avec rel-sex) sans préférence
118	Part-AV:Fdivorc-occas	AV au village: 1partenaire divorcée (contexte occasionnel)
119	Part-AV=Fmariée(s)	Femmes mariées
120	Part-AV:multiples	Partenaires multiples
138	Part-AV:sél/fedde	Connaissances du "fedde" (jeunes femmes du village connues de longue date)
		Critères retenus pour la sélection des partenaires
195	Sél-P:F jeunes	Des femmes très jeunes (jeunes filles)
196	Sél-P:Fpeu courtisée par H	Une femme peu courtisée par les hommes
197	Sél-P:Fsure/amour+/confiance	Une femme sûre en qui l'on peut avoir confiance (qui sera fidèle)
198	Sél-P:prudente/jeu	Choisir une femme prudente, qui se méfie du libertinage
199	Sél-P:F mariées	Des femmes mariées
200	Sél-P:fedde	Connaissances du "fedde" (jeunes femmes du village connues de longue date)
201	Sél-P:jamais peuls vend-lait	Ne s'intéresse pas aux femmes vendeuses de lait
202	Sél-P:PasFdivorcée	Ne s'intéresse pas aux femmes divorcées
203	Sél-P:physique	Selon des critères physiques (beauté, allure générale)
204	Sél-Prostit:physique	Sélection de la prostituée sur l'aspect physique
134	Sél-P=PasFmariée	Pas les femmes mariées
		Changement de comportement sexuel à RT (prise de risque)
26	Change:joue + à RT	Augmentation du nombre des partenaires depuis son arrivée à RT

		Episode de MST dans l'histoire personnelle
112	MST+	Episode de MST signalé
113	MST+:avec Part-occas	MST avec partenaire occasionnelle
114	MST+:traité parMéd	Episode de MST traité par médecin
331	Test VIH:jamais fait	N'a jamais fait le test de dépistage du VIH
		2. FACTEURS PROPICES AUX COMPORTEMENTS A RISQUE
		Situations/contextes limitant l'utilisation du condom
37	Condo(-):1 fois/pb=>abandon	Echec ou problème lors d'une précédente utilisation suivi d'un abandon de l'usage du condom
38	Condo(-):Amour/ABS.contrôle	Eprouve un sentiment amoureux fort envers sa partenaire
39	Condo(-):Confian-Part	Confiance dans sa partenaire
41	Condo(-):refus-Part/cor-à-cor	Refus de la partenaire (réduit les sensations, obstacle au plaisir, désagréable)
42	Condo(-):part-pas-habituée/refus	La partenaire n'a pas l'habitude du condom
43	Condo(-):jamais vu/entend-parler	Ne connaît pas le condom (jamais vu, seulement entendu parler)
44	Peur-Autres/condo-avec-soi	Peur d'être vu avec un condom sur lui
45	SID:islam>condom(-)	Se comporter selon la religion et refuser le condom
80	Condo=prosti-propose/H-choisit	La prostituée propose le condom mais ne l'exige pas
		Motif d'utilisation du condom à visée principalement contraceptive
237	Peur-Contrôl-social/sex-grosses-illegit	Peur de mettre sa partenaire enceinte plus grande que la peur d'être infecté par le VIH
62	Condo+/:F-PeurGrossesse	Argument contraceptif, peur d'une grossesse illégitime (F)
63	Condo+/:H-PeurGrossesse	Peur de la survenue d'une grossesse (H)
64	Condo+intent:contra/peur-grossesse	Intention d'utiliser le condom principalement à visée contraceptive
		Perceptions et attitudes négatives à l'égard du condom
53	Condo=FduV connaiss-pas	Au village, pratique peu répandue (les femmes n'exigent pas le condom)
54	Condo=Peuls pas habitués	Dans les villages peuls, on n'a pas l'habitude du condom
		Peurs et fausses croyances à l'égard du condom
56	Condo=Faux-croy/MST-reflux-sperm	Le condom peut donner une MST par reflux du sperme
57	Condo=peurF/H les trouent	Peur que les hommes le trouent (et diffusent MST/SIDA) (F)
58	Condo=peurF/reste au fond	Peur qu'il reste au fond du vagin (F)
		Influence des pairs sur les conduites sexuelles (incitations)
96	Influ-Pairs:incit-Prosti+	Incitation à la fréquentation des prostituées
97	Influ-Pairs:incit-renc-négoc-F	Incitation-aide pour des rencontres (propositions, rôle d'intermédiaires)
		Le condom, on n'en parle peu (ou pas) avec sa femme ou sa partenaire
99	ComCondo:0/Part	Ne parle pas du condom avec sa (ses) partenaire(s)
100	ComCondo:0/sa F	Ne parle jamais du condom avec son épouse
		SIDA, sujet de préoccupation individuelle (rarement abordé avec la partenaire ou la famille, sujet tabou)
106	ComSID:0/cop-régul-ou-épouse	Ne parle pas du sida avec sa copine régulière ou avec son épouse
105	ComSID:0/Part	Ne parle pas du sida avec ses partenaires
104	ComSID:0/pairs	Ne parle pas du sida avec ses pairs
107	ComSID:0/Famille	Ne parle pas du sida avec la famille
108	ComSID:jamais	Le sida, on en parle avec personne
		Modèles sexuels masculins
162	Rôl-sex:concep-inégal	Conception inégalitaire relative à l'exigence de fidélité de la femme envers l'homme (et pas l'inverse)
163	Rôl-sex:conformisme/Hdrague	Conformisme: les hommes draguent les filles
164	Model-masculinsPeul	Les hommes du diéri n'ont peur de rien ("le guerrier invincible")
165	Model-sexPeul:jouer+partir	L'habitude de "jouer" sans condom et partir
94	C-risk:jeu=défi	La prise de risque: un défi à relever (jeu de cache-cache avec les femmes de bergers absents)
		La quête de plaisir
90	C-risk:quête-plaisir/jeu	Quête du plaisir et vagabondage sexuel
89	C-risk:0 control-pulsex	La quête du plaisir va dépasser la peur du sida
		Confiance dans la partenaire difficile actuellement
167	RelH/F:MultiPart-répandu	Les jeunes femmes ont plusieurs partenaires (multipartenariat répandu actuellement)
168	Fidélité-Part:doutes/Multipart.	Difficile d'avoir confiance dans sa partenaire / multipartenariat aussi chez les femmes
		Pas facile d'être fidèle à sa femme ou à sa partenaire
216	Prév-SID=difficile/fidèle	Pas facile d'être fidèle (se limiter à sa partenaire, sa femme)
		Influence du contrôle social (peur du regard des autres)
149	Négoc:agir en secret	Agir en secret, à l'abri des regards
233	Peur-Ainés/Prosti+	Recours à la prostitution en secret (on se cache pour les négociations)
234	Peur-Autres/C-sex	Gêne d'être reconnu dans ses négociations à visée sexuelle (agit en secret)
235	Peur-Stigma-exclus/VIH	Peur de l'exclusion et de la stigmatisation par la société envers les personnes VIH ou sida

236	Lieu-rel-sex: pas/quartier	Eviter le quartier pour négocier
		Relations homme/femme et rapports amoureux
157	Quête-coprégul/Amour:diff	Difficile de trouver la copine régulière "sûre" à RT
158	RelH/F:don\$ habituels>cop-régul	Dons (\$) et cadeaux à la copine régulière
159	Rel-H/F:fondées sur \$	Relations H/F fondées sur l'argent ou les cadeaux ("Amour-argent", pas d'Amour-amitié)
		Habitudes et modalités de négociation
148	Négoc:abordeF/direct	Approche directe: appeler la femme dans la rue pour une relation sexuelle
150	Négoc:exposer/cqt-veux	Exposer ce que tu veux
152	Négoc:parler/+sieurs essais	Parler, si refus nouvel essai avec une autre
153	Négoc:facile-pas besoin/\$	Peu de négociation à RT dans la drague (les femmes savent que tu as de l'argent)
155	Négoc:RTdifferv	Peu de négociation à RT (femmes très directes) /différent du village
358	Vuln-des F:(-)/trav/dettes	Femmes en situation de vulnérabilité économique à RT
		Interactions urbain/rural: effet attractif du migrant lors des A/R au village
137	Part=accès facile/retour-au V	Accès facile aux partenaires lors des A/R au village
151	Négoc:facile auV(connaiss)	Il est facile de trouver une partenaire au village ("fedde")
		Contextes propices aux rencontres
139	ContexRenc:+/déplace	En se déplaçant les possibilités de rencontres augmentent
140	ContexRenc:ancien-connaiss	Retrouver des anciennes connaissances dans un autre cadre plus libre, plus ouvert
141	ContexRenc:réseau-amies/Fam	Réseau des amies de membres de la famille élargie
		Lieux de rencontre et de négociation
143	Lieu-Négoc:lieu-travail-SI	Lieu de travail (SI)
144	Lieu-Négoc:quartier	Dans le quartier
145	Lieu-Négoc:roukhs	Dans les roukhs (arrière-cours des gargotes)
146	Lieu-Négoc:rue	Marcher dans la rue
		Relâchement du contrôle social en regard de la sexualité
160	RelH/F=FauV-jouentAV-mariage	Au village, les jeunes filles ont des relations sexuelles avant le mariage
		Attitude fataliste face au sida: on s'en remet à Dieu, au destin
172	Dieu décide:avenir-tout	Dieu décide pour tout
173	Dieu décide-Fatalism/maladie	Dieu décide pour la maladie
174	Dieu peut t'aider	Seul Dieu peut t'aider
175	Dieu:peur-sanctions	Peur des sanctions divines
213	G-risk=Dieu t'aide	Dieu peut t'aider
		Pas de cas de sida connu dans l'entourage ou à proximité
314	SID-K:connait pas/jamais vu	Jamais vu de personne atteinte du sida
315	SID-K:vu-TV	Vu un cas de sida à la TV
		Influence de la famille
370	Influ-Fam:pressions-ind	Pressions indirectes (réussir son projet migratoire)
371	Influ-Fam=>mariage	Mariage et choix de la fiancée
		Méconnaissances et fausses croyances a l'égard du sida
260	SID-X:connait mal/obscur	Méconnaissance de la maladie: le sida "c'est obscur"
265	SID-X:né avec	Une femme peut naître avec le sida
259	SID-X:baiser profond	On l'attrape par le baiser profond
267	SID-X:porter vêt pers-SIDA	Porter les vêtements d'une personne malade du sida
268	SID-X:respirer air pers-sida	Respirer l'air d'une personne malade du sida
261	SID-X:contact matelas pers-sida	On peut l'attraper par contact avec le matelas d'une personne malade
269	SID-X:utilis-gant pers-SIDA	Utiliser le gant d'une personne malade du sida
270	SID-X:utilis-verre pers-sida	Utiliser le verre d'une personne malade du sida
262	SID-X:douch-après-rap-sex	Se protéger des MST/SIDA avec une douche après les rapports sexuels
258	SID-X:fausses rumeurs/ttt	Fausse rumeur: un marabout a trouvé un traitement à Dakar
		3. PERCEPTION DU RISQUE
308	SID:venu/étranger	Le sida est venu de l'étranger
309	SID:étrangers+prostituées	Vient des étrangers et de leurs prostituées
310	SID:Migrants/retour-étr	Les migrants qui partent à l'étranger reviennent avec la maladie
311	SID:guérit/Occident	On en guérit en Occident
299	SID:F le donnent	Les femmes donnent le sida
257	SID-X:seul-femmes-donnent	Le sida est donné seulement par les femmes
300	Risk=SIDconta:parF/rap-sex	Les femmes le donnent par les rapports sexuels
266	SID-X:orgasmF/fidde=>sida	L'orgasme de la femme avant celui de l'homme peut provoquer un "fidde" (MST) puis le sida
301	Risk=F+âgées	On attrape le sida avec les femmes plus âgées
303	Risk=lesF/MST-Fidde	Ce sont les femmes qui transmettent les MST ("fidde")
250	SID:eaux H/Fdifférentes	Quand la femme te donne "son eau" (sécrétions vaginales)

306	Risk=Prostit=>sida	Les prostituées donnent le sida
307	Risk=Prostit+âgées	Fréquenter les prostituées plus âgées
251	SID:islam>Mal-ancienne	D'après l'islam: le sida est une "maladie ancienne"
252	SID:islam>Mal/pêché ne guérit pas	Peur du châtiment divin: "une maladie contractée dans le péché ne guérit pas"
304	SID:Fidde/MST=>SIDA	Une MST pourra évoluer vers un sida
264	SID-X:MSTpeut=>sida	Une MST peut se transformer en sida
263	SID-X:maladie grave=>sida	Une maladie grave peut donner le sida
255	SID:doutes/existence	Faible conviction que le sida existe (doute)
312	Risk=non perçu	Ne perçoit pas le risque
238	PeurSIDA:non	Pas de crainte particulière à l'égard du sida
		Perception des milieux urbain et villageois
360	RT:doutes/SIDAexistàRT	Pas convaincu de l'existence du sida à Richard-Toll
361	V:sida-n'existe pas	Forte conviction qu'il n'y a pas de sida au village
342	Stigma-exclusion/persVIH	Attitudes négatives/exclusion à l'égard des personnes suspectes de VIH/SIDA
		4. PERCEPTION DE SA PROPRE VULNERABILITE
321	Vuln-p:NSP/Dieu sait	Ne sait pas, Dieu sait
322	Vuln-p:diff/célibat	Célibataire, difficile de rester sérieux à RT
325	Vuln-p:jeu+/non protégé	Oui, car rapports sexuels non protégés avec plusieurs partenaires
326	Vuln-p:multiple-facteurs	Vulnérabilité multiple (rasage, rapports sexuels)
328	Vuln-p:N/connait-Part	Evalue mal sa propre vulnérabilité (croit connaître ses partenaires)
329	Vuln-p:N/Prosti+peu	Evalue mal sa propre vulnérabilité (fréquente un peu les prostituées...)
		Perception de l'information sur le sida
284	InfoSID=désintéressé	Ne s'intéresse pas à l'info-SIDA développée à RT
286	InfoSID=non suivie	à RT, les gens n'écoutent pas les conseils prodigués (info non suivie)

b) Dimensions émergentes, rubriques de codes et catégories relatives aux modes de gestion du risque mis en jeu par les migrants, et aux facteurs facilitant la gestion du risque

N°	Code Atlas-ti	Intitulé (catégorie et rubrique de code)
		I. GESTION DU RISQUE
		Stratégies de gestion du risque mises en jeu par le migrant
178	G-risk:1seulecopine/confiance	Se limiter à une seule copine en qui on a confiance
179	G-risk:0 rel-sex lorsd'A/R auV	Pas de relation sexuelle durant ses visites au village
177	Condo+:habituellement	Utilisation du condom la plupart du temps
182	G-risk:condom/doute	Face à un doute, utiliser le condom
183	G-risk:condom/Prosti+	Utilise le condom avec les prostituées
180	G-risk:abstinence-temp/doute	Abstinence temporaire face à un doute d'infidélité de sa partenaire
184	G-risk:diminue-freq-rap-sex	Diminue la fréquence des rapports sexuels avec sa partenaire
186	G-risk:évite F faciles	Evite les filles faciles avec lesquelles il n'y a pas de négociation
187	G-risk:évite jeu-multiPart	Evite le multipartenariat (jeu) en contrôlant ses pulsions
188	G-risk:évitement/doute	Évitement du rapport sexuel si doute vis à vis de la partenaire
189	G-risk:fidélité/cop-régul	Fidélité à la copine régulière
190	G-risk:historisex/réputationPart	S'intéresse à l'histoire sexuelle de sa partenaire et à sa réputation
181	G-risk:cherche1cop-régul	Quête d'une copine régulière "sûre"
192	G-risk:résister-influ-Pairs	Résiste aux sollicitations des pairs
243	Prosti+:non	Ne fréquente pas les prostituées
		Réseau sexuel actuel [monopartenariat ou absence de partenaire régulière]-descriptif
121	Part-V:0 cop	Pas de copine actuellement au village
131	Part:0 cop-régul	Pas de copine régulière
132	Part:0 extra-conjug	Pas de partenaire extra-conjugale
133	Part:1seule-cop-régul	Une seule copine régulière à RT
		Changement de comportement sexuel à Richard-Toll
21	Change:arrêt-jeu à RT	A arrêté de jouer (vagabonder) à RT
22	Change:joue(-)à RT	A diminué le nombre de partenaires
23	Change:sélect+fine Part	Sélectionne mieux ses partenaires
24	Change:arrêt-freq-occas/MST+	Ne recherche plus les partenaires occasionnelles (suite à un épisode de MST)
		Pas d'épisode de MST dans l'histoire personnelle
111	MST(-)	Pas d'épisode de MST signalé

2. FACTEURS FACILITANT LA GESTION DU RISQUE		
		Motif de changement de comportement (réduction du risque)
2	Change/:arrêt-jeu/pb-maladie	Peur des maladies (MST et sida)
3	Change/:MST+part-occas	Survenue d'un épisode de MST avec une partenaire occasionnelle
6	Change/:joue - /mariage	Joue moins depuis son mariage (stabilité conjugale)
7	Change/:mariage-vie	Fortes aspirations: se marier, construire une maison
8	Change/:objectif+réussir/éco	Désir de réussite du projet migratoire (se réaliser économiquement)
9	Change/:pas sollicit-copines/éco	Ne pas être sollicité par une ou plusieurs copines (travailler/économiser)
4	Change/:dépense\$	Argument économique: trop de dépenses avec ses partenaires
12	Change/:prosti+pas-prudent	Fréquenter les prostituées n'est pas prudent en regard des maladies
11	Change/:prise-cons-gravitéSIDA	Prise de conscience de la gravité du sida et des répercussions possibles pour sa femme et sa famille
13	Change/:maturité+	Prise de conscience/maturité avec l'expérience
10	Change/:pratique religieuse	Le "jeu" entre en conflit avec ses croyances et sa pratique religieuse
5	Change/:info sida-Sénégal	A bénéficié d'une information sur le sida
		Fortes aspirations de réussite
17	Elt-modC-risk:réussir/-pauvre	Aspirations de réussite: "fuir la pauvreté"
241	ProjetVie:mariage/équilibre-éco	Pense au mariage et à la façon de se réaliser économiquement
		Sens des responsabilités familiales
15	Elt-modC-risk:mariag-exogam	Son mariage exogamique (risque d'abandon de sa femme par la belle-famille s'il décède)
16	Elt-modC-risk:responsab/famille	Responsabilités vis à vis de la famille (ainé)
		Perceptions et attitudes positives à l'égard du condom
47	Condo=accès\$ abordable	Prix du condom abordable
48	Condo=accès-facile/boutiq	On s'approvisionne dans les boutiques (plus discret)
49	Condo=protecSanté	Protéger sa santé
50	Condo=confiant-effetProtec	Confiance dans l'effet protecteur du condom
51	Condo=connaît avantages	Connaît les avantages procurés par le condom
		Intention d'utiliser le condom
65	Condo+intent:siPart-souhaite	Si la partenaire le lui demande
66	Condo+intent:protecVIH	Intention d'utiliser le condom pour se protéger du VIH
		SIDA et condom: on n'en parle un peu avec les pairs de même génération
28	ComSID:+/pairs	Parle un peu du sida avec les copains et collègues du secteur informel
29	ComCondo:+/pairs	Parle du condom avec les pairs de même génération (échange de conseils)
		SIDA, certains en parlent à leur partenaire
101	ComPrev:+/cop-régul	Parle prévention/sida parfois avec sa copine régulière
109	ComSID:+/saFemme	Parle du sida régulièrement avec sa femme
35	Condi-Trav:RAS	Satisfait de ses conditions de travail
		Perception des moyens efficaces pour se protéger du sida
206	G-risk=1Part-prudente/jeu	Choisir une partenaire prudente face au jeu et fidèle
207	G-risk=1seulePart(régul)/Amour	Une seule copine régulière avec des sentiments amoureux forts
208	G-risk=abstinence	Abstinence en l'absence de condom
209	G-risk=méfiance/jeu	Prudence vis à vis du multipartenariat, se limiter à une seule copine
210	G-risk=arrêter-jeu(abstinence)	Arrêter le jeu - abstinence
211	G-risk=Condom	Utiliser le condom
212	G-risk=contrôl-pulsex	Contrôler ses pulsions sexuelles, ne pas s'intéresser à toutes les occasions faciles
214	G-risk=diminuerN-Part(jeu)	Diminuer le nombre de partenaires (diminuer le jeu)
215	G-risk=mariage	Le mariage, un moyen de diminuer ou d'abandonner ses conduites risquées
217	Prév-SID=fidèle/saF	Se limiter à sa femme
191	G-risk=argu-éco/coût maladie	Argumentation économique pour l'usage du condom: la maladie (MST) va te coûter cher
		Perception de l'information sur le sida
283	InfoSID=aide G-risk	Utile, aide à se protéger
285	InfoSID=insuff-critiq	Pas assez d'information à RT sur le sida (critiques+)
		Cas de sida connu ou vu dans l'entourage
316	SID-K:vu1àRT/Famille	Connaît/vu un cas dans la famille à RT
317	SID-K:vu1au V	Connaît/vu un cas au village
		Peur du sida
230	Pense/MST/SIDA:oui	Préoccupé par le sida et ses répercussions individuelles et familiales
239	PeurSIDA:oui	A peur du sida
61	Condo+/:PeurMST-SID	Utilise le condom par peur des maladies MST/SIDA
		Entendu parler du sida
245	Info(+)	A déjà entendu parler du sida

		Connaissance de la maladie
247	SID:amaigri+diarrhée	Cite "Amaigrissement + ou – diarrhée"
248	SIDconta:injection	Par une injection
249	SIDconta:rasoir-objets coupants	Avec un objet coupant, un rasoir
254	SID:convaincu-existe	Forte conviction que le sida existe
		Sources d'information sur le sida
277	InfoSID:radio	Radio
278	InfoSID:TV	TV
272	Info-Condo:méd-CSS	Médecin de la CSS
273	Info-Condo:pharma	Pharmacien
274	InfoSID:débats comm.	Lors de débats communautaires
276	InfoSID:gens/en ville	Les gens en ville
279	InfoSID-V:radio	Radio au village
275	InfoSID:gens/auV	Les gens au village
280	InfoSID-V:famille-V	Famille au village
281	InfoSID-V:pas auV	Pas entendu parler de sida au village
		Croyances relatives à la santé
170	Croyances/sex-santé	Importance de paraître en bonne santé (regard des autres:pairs, famille)
		Respect des normes et interdits en matière de sexualité
228	Respect-islam(sexAVmariage)	Respect des règles et interdits liés à la sexualité avant le mariage (islam)
229	Respect-normes sexAVmariage	Respect des normes sexuelles avant le mariage
		Influence de la religion musulmane
224	Islam:control/étudesCoran	Surveillance stricte sous l'autorité du marabout (pendant études coraniques)
225	Islam=condamne adultère/jeu	Islam condamne l'adultère
226	Islam=respect-islam-protect-maladie	Le respect des consignes religieuses permet de se protéger contre la maladie
		3. PERCEPTION DU RISQUE
288	SID:mal-grave-mauvaise	Une mauvaise maladie
18	Elt-modC-risk:sid=mal-grave-mortelle	SIDA: maladie grave, mortelle
289	Risk=diff/mal-mobile	La maladie, quelque chose de mobile qui circule
290	Risk=diff/invisibilité	La maladie invisible (une femme va te contaminer sans que tu le saches)
291	Risk=diff-éval-Hist-sex-Part	Difficile de connaître l'histoire sexuelle de la partenaire
292	SID:TLM peut l'attraper	Personne n'est à l'abri
293	SID: "ça"/pas-nommer	Peur de nommer la maladie
294	Risk=SIDconta:le jeu	"On l'attrape par le jeu" (multipartenariat)
295	Risk=jeu non protégé	Avoir plusieurs partenaires et ne pas utiliser le condom
296	Risk=Part.multiples	Avoir plusieurs partenaires, vagabonder, jouer beaucoup, ne pas contrôler ses pulsions
297	Risk-Pers=ceux/jeu+	Personnes perçues comme à risque de sida: ceux qui jouent beaucoup
298	Risk-Pers=ceux/jeu+sansCondo	Ceux qui jouent beaucoup sans utiliser le condom
302	Risk=Fqui jouent+/marchent+	Avec les femmes qui jouent (qui ont beaucoup de partenaires), "les femmes qui marchent"
305	Femmes=C-sérieu/exagéré	Perception des femmes par les migrants: toutes différentes: sérieuses vs au comportement exagéré
		Perception de la prostitution à RT
346	Prosti=+sûres/med	Prostituées plus sûres (suivies médicalement et proposent condom)
347	Prosti=général/vendeursSI	Voit le recours à la prostitution généralisé parmi ses pairs (du SI)
348	Prosti=image-négative	Les prostituées diffusent des maladies
		Perception des milieux urbain et villageois
350	RT:sida-peu répandu	Pense que le sida est peu répandu dans la région de RT
351	RT:entendu-zoneSIDA+	Entendu dire que RT est une zone de sida
352	RT:SID+>V	Le sida est plus répandu à RT qu'au village
353	RT:zonarisk+VIH	Zone peu sûre, à risque de VIH
354	RT:négocFacile(Fdraguent)	Lieu où les négociations sont facile, les femmes te draguent
355	RT:jeu répandu+	Libertinage sexuel plus répandu à RT qu'au village (lieu de dépravation)
356	RT:lieu de brassage	RT, un lieu de brassage
357	RT:ampleurProsti+	Prostitution importante à RT
359	RT:zonarisk/drogue/alcool	Zone risquée pour faire de mauvaises choses (drogue ou alcool)

4. PERCEPTION DE SA PROPRE VULNERABILITE		
319	Vuln-p:+/Prostit	Liée à sa fréquentation des prostituées
320	Vuln-p: attractif-éco/F	Deviens très attractif vis à vis des femmes [jeune+pouvoir économique]
323	Vuln-p:diff/Q?/Part	Difficile, car il faudrait savoir si sa partenaire n'est pas déjà infectée
324	Vuln-p:isol-affectif/frustrations	L'isolement affectif pousse à fréquenter les prostituées
327	Vuln-p:N/condo+	Non vulnérable, car se protège lors de ses rapports sexuels avec les prostituées
330	Vuln-p:seul/saF	Se sent vulnérable car seul à RT, loin de sa femme
19	Change-intent:stop-Prosti+	Intention d'arrêter la fréquentation des prostituées (s'il trouve une copine régulière)

c) Autres dimensions relatives aux conditions de vie du migrant, à la migration et aux interactions entre espace urbain et rural

N°	Code Atlas-ti	Intitulé (catégorie et rubrique de code)
AUTRES DIMENSIONS (conditions de vie, migration, interactions "urbain/rural")		
Condi-Vie:		
Conditions de vie et de travail difficiles à RT		
31	Condi-LogeSEULou+Migrants	Loge seul ou avec d'autres migrants
32	Condi-Vie:gagne-peu\$	Mal payé
33	Condi-Trav:cumul-2activités	Combine deux activités (CSS et SI)
34	Condi-Vie:Trav-diff	Coupeur-CSS: travail difficile physiquement
Famill-aide:		
Aide de la famille		
219	Famill-aide:arrivée(travail,\$)	Aide de la famille à son arrivée à RT (aide\$, recherche d'emploi)
220	Famill-aide:logement	Loge dans la famille (directe ou élargie)
221	Famill-aide:accès-soins/tttMST	Aide familiale/conseils pour ttt-MST (recours med)
222	Famill-échec-migr:pressions/accept	Pressions familiales de réussite pour le projet migratoire
RT<V (interac-urbain/rural)		
Interactions urbain/rural: maintien de liens étroits avec le village		
363	RT-V:Migr>solidarité	Solidarité du migrant envers sa famille au village
364	RT-V/:A/R=aide trav-agric	A/R pour aider aux travaux agricoles
365	RT-V/:A/R=fêtes religieuses	A/R pour les fêtes religieuses
366	RT-V:A/R-visit-saF	A/R au village pour voir son épouse
367	RT-V:A/R fréquents	Fait des A/R fréquents au village
368	RT-V:A/R-de copV/ouF	Visites à RT de l'épouse ou de la copine régulière restée au village
Migr/:		
Motif de départ du village		
373	Migr/:attiré par CSS	Attiré par une perspective d'emploi à la CSS
374	Migr/:autonomie éco	Autonomie économique
375	Migr/:envie changement	Envie de changement (saturé de la vie au village)
376	Migr/:gagner sa vie	Gagner sa vie
377	Migr/:inactif au V	Inactif au village (ne pas rester assis)
378	Migr/:inspiré/autres exemples	Inspiré par d'autres exemples de migrants ayant réussi
379	Migr/:quitter mode-vie tradi	Quitter le mode de vie traditionnel
380	Migr/:recherche travail	Recherche de travail (pas de travail au village)
Migr=		
Perception de la migration		
382	Migr+=moyens=>mariage-maison	Acquérir des moyens pour ses projets de vie (mariage, construction d'une maison au village)
383	Migr=aider Famille/V	Aider la famille au village
384	Migr=plutôt lesH	La migration concerne plus les hommes
385	Migr=RTétape/étranger	Richard-Toll une étape vers l'étranger
386	Migr=une bonne chose+	La migration une bonne chose
387	Migr=valorisant	Valorisant de quitter le village: se différencier, investir ensuite
Migrant=		
Perception des autres migrants		
389	Migrant=attract/\$:négoc-facile	Attractif par son pouvoir financier
390	Migrant=sérieux/joueurs	Il y en a de sérieux (épargnants), d'autres viennent pour "jouer"
Migr-bénéf:		
Bénéfices retirés de l'expérience migratoire		
392	Migr-bénéf:donner à la famille	Aider (\$) la famille
393	Migr-bénéf:s'ouvrir au monde	S'ouvrir au monde
394	Migr-bénéf:un travail	Trouver un travail
395	Migr-réussie=investir-auV	Signe de réussite: investir au village

① Dans ce travail, afin d'alléger la présentation des annexes, nous n'avons pas joint les tableaux d'occurrence des dimensions émergentes (codes et catégories) par informateur. Ce matériel reste disponible pour consultation à des fins de validation externe, de même que les biographies des informateurs migrants et notre journal de bord.