

57^e RENCONTRE DU CRIPS ÎLE-DE-FRANCE
EN COLLABORATION AVEC L'UNESCO ET L'ORGANISATION
INTERNATIONALE POUR LES MIGRATIONS

FEMMES MIGRANTES ET VIH/SIDA DANS LE MONDE : UNE APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE

KATERINA STENO

DIRECTRICE, DIVISION DES POLITIQUES CULTURELLES
ET DU DIALOGUE INTERCULTUREL, UNESCO

Cette table ronde consacrée à un sujet brûlant et malheureusement négligé « Femmes migrantes et VIH/sida dans le monde : une approche anthropologique », n'est pas la première initiative de l'Unesco. Il y a deux ans déjà, ce thème avait été traité, sous le même angle, lors d'une rencontre intitulée « VIH/sida, stigmatisation et discrimination, une approche anthropologique ».

Cette rencontre est le reflet d'une triste réalité : à travers le monde, les femmes sont infectées en proportion croissante depuis le début de l'épidémie, jusqu'à représenter aujourd'hui la moitié des personnes vivant avec le VIH/sida. En Afrique subsaharienne, elles sont 57 % des personnes vivant avec le VIH/sida et cette proportion est encore plus élevée chez les jeunes femmes. Vulnérabilité biologique, économique, sociale et culturelle se conjuguent pour mettre les femmes en situation de risque exacerbé face à la pandémie. Quant aux femmes migrantes, outre les difficultés liées à leurs conditions de femmes, elles sont encore plus à risque du fait de leurs conditions de vie particulières : mode de vie transformé, nouvelles rencontres, pratiques sexuelles modifiées, rapports hommes/femmes remis en question.

ANTONIO UGIDOS

DIRECTEUR, CRIPS ÎLE-DE-FRANCE

L'épidémie du VIH change. Il y a 20 ans, un cas sur cinq était une femme, aujourd'hui, c'est près d'un cas sur deux. Les dernières données de l'Institut de veille sanitaire montrent que 43 % des nouvelles contaminations en France touchent des femmes et 60 % des nouvelles contaminations touchent des personnes d'origine étrangère. Les femmes migrantes cumulent les vulnérabilités liées à leur genre et à leur condition migrante. Cette table ronde a pour objectif de mieux comprendre les spécificités de ces vulnérabilités et donner des pistes pour de futures actions de prévention auprès de ce groupe à risque.

MARY HAOUR-KNIPE

SENIOR ADVISOR POUR LES QUESTIONS DE MIGRATIONS ET VIH/SIDA, SERVICE
SANTÉ ET MIGRATION, ORGANISATION INTERNATIONALE POUR LES MIGRATIONS

L'année 2003 a vu de nombreux efforts sur le plan international : augmentation des dépenses pour répondre à l'épidémie, mise en place de structures nationales de lutte contre le sida dans la majorité des pays, élargissement de la reconnaissance du rôle de la prévention, amélioration de l'accès

Rencontre du 20 novembre 2004

Les rencontres du Crips sont organisées avec le soutien de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France.

Contenons
nous
de faire
réfléchir
n'essayons pas
de convaincre
Georges Braque



Centre
Régional
d'Information
et de Prévention
du Sida

Île-de-France

Tour Maine-Montparnasse
BP53 /
75755 Paris cedex 15
tél 01 56 80 33 33
fax 01 56 80 33 00
www.lecrips.net
e-mail : info@lecrips.net

ouvert au public
du mardi
au vendredi
de 13h à 19h
le samedi
de 10h à 17h

Région Île de France



PREFECTURE DE LA REGION
D'ÎLE-DE-FRANCE

aux antirétroviraux, en particulier sous l'impulsion du projet de l'Organisation mondiale de la santé « 3 millions de personnes sous traitement antirétroviral d'ici 2005 ». L'année 2003 est également marquée par l'émergence alarmante de l'épidémie en Chine, en Inde, dans les Baltiques et les Balkans. L'influence des conflits et des guerres sur l'épidémie sort de l'ombre. La conférence de Bangkok a également souligné la vulnérabilité des jeunes femmes mariées face au VIH sur plusieurs continents.

Sont définis comme migrants les personnes qui traversent les frontières internationales. Ils représentent 175 millions de personnes dans le monde, soit une personne sur 35. Contrairement aux croyances dans les pays développés, les migrations sont beaucoup plus nombreuses entre pays en voie de développement que vers les pays développés. Dans le dernier rapport de l'OIM, la moitié des migrants dans le monde sont des femmes. On note également l'augmentation des migrations d'individus hautement qualifiés (500 000 Africains, professionnels de la santé ou de l'informatique, etc. ont migré ainsi vers l'Europe ou le continent nord-américain) et « la fuite des cerveaux » que cela engendre est un véritable problème. Un autre point important, souligné dans ce rapport, concerne la migration clandestine et le trafic humain qui en découle.

Pendant longtemps, on a rencontré des difficultés pour obtenir des données mettant en évidence les liens entre le phénomène des migrations et les infections au VIH. Les facteurs psychologiques de vulnérabilité sont, entre autres, l'éloignement pouvant entraîner une modification des comportements, l'aliénation, le désespoir, la solitude. Les migrants sont des personnes courageuses prenant le risque de quitter leur pays, et on peut émettre l'hypothèse qu'ils sont plus enclins que les autres à prendre des risques. Les facteurs sociologiques de vulnérabilité sont également très importants : la pauvreté, l'absence de protection légale, l'exploitation, la discrimination et la xénophobie, les violences sexuelles, l'absence d'accès à la prévention, au dépistage et aux traitements.

JENNIFER KLOT

CONSEILLÈRE PRINCIPALE POUR LES QUESTIONS DE VIH/SIDA, GENRE ET SÉCURITÉ, SOCIAL SCIENCE RESEARCH COUNCIL, NEW YORK, USA

L'enjeu des spécificités des genres a été abordé pour la problématique des migrations. Il est maintenant reconnu qu'un des facteurs de risque de contamination par le VIH est d'être une femme. Des facteurs biologiques y contribuent, le virus étant plus facilement transmis d'un homme vers une femme que l'inverse. Les facteurs sociaux et culturels jouent un rôle déterminant qu'il faut analyser car les interventions dirigées vers les femmes sont actuellement très limitées.

Réfléchir à la situation des femmes face au VIH/sida soulève trois problèmes peu abordés.

Le premier concerne les violences. Les régions à haut taux d'incidence de l'infection sont également des régions où les violences sexuelles à l'encontre des femmes sont fréquentes. Il est très difficile d'établir un lien de causalité car ces mêmes zones connaissent d'autres facteurs liés à l'épidémie : la pauvreté, la famine, les autres maladies, de forts taux de migration, etc. De plus, ces violences sexuelles ne peuvent pas être simplement limitées aux viols ou à la prostitution qui sont actuellement les seules cibles des interventions. Il faut également parler des cas où le sexe est utilisé comme mode de transaction ou de survie, des viols dans le cadre du mariage, des mariages forcés et, plus généralement, de toutes les formes d'exploitation des femmes.

Le deuxième problème concerne les soins qui ne sont vus que sous l'angle médical du traitement. Les soins qui sont apportés par les femmes à leur famille, aux malades de la communauté, ne sont pas reconnus et ce travail non rémunéré n'apparaît dans aucune statistique économique nationale. Des fonds pour les soins de proximité ne sont jamais créés, les femmes les prenant à leur charge et se substituant ainsi aux gouvernements. Mais, lorsque le poids des soins devient trop lourd, l'activité des femmes en est très affectée : abandon d'un emploi, modification des pratiques d'agriculture, moindre accès à l'éducation et moindre participation à la vie civile.

Le dernier problème est celui de la mobilisation des femmes. Le sida est aujourd'hui le plus grand risque encouru par les femmes sur le plan mondial. Le pouvoir de l'activisme a été souligné concernant les mouvements gays et lesbiens pour la question de l'accès aux traitements. Rien d'équivalent n'apparaît sur la scène mondiale concernant le mouvement des femmes et sa mobilisation contre le sida.

JOHN K. ANARFI

SOCIO-DÉMOGRAPHE, DIRECTEUR-ADJOINT, INSTITUT DE RECHERCHES STATISTIQUES, SOCIALES ET ÉCONOMIQUES DE L'UNIVERSITÉ, GHANA

L'ensemble des travaux menés depuis 30 ans, notamment en Afrique, établit des distinctions dans les phénomènes de migration, en fonction du sexe. De nombreux auteurs avancent que les raisons de migrer sont, pour les femmes, plus sociales qu'économiques. Elles subissent, plus souvent que les hommes, les effets négatifs des migrations, que ce soient dans la région d'origine lors du départ des hommes, ou dans le pays de destination où elles ont de grandes difficultés à s'intégrer dans le marché du travail. Jusqu'à très récemment, la littérature sur les migrations ne traitait pas des migrations volontaires et autonomes des femmes pour d'autres raisons que les mariages. Lorsque les femmes migrent seules, leur travail est le plus souvent précaire, voire risqué, mal payé et beaucoup se tournent vers la prostitution.

Il apparaît que la mobilité des hommes et des femmes selon

les zones géographiques dépend de leur rôle économique dans le pays d'origine et de destination. Le fait que les migrations des femmes soient le reflet de la structure économique familiale est sans doute vrai dans les sociétés patriarcales où l'homme décide pour sa femme. Les migrations des femmes autonomes sont liées à la libération des femmes. L'étude des femmes ghanéennes vivant à Abidjan montre que les raisons de leur migration sont économiques. Elles mettent en place des stratégies pour améliorer leurs conditions de vie et migrer est une de ces stratégies.

La situation est préoccupante en Afrique de l'Ouest où l'incidence du VIH augmente parmi les femmes migrantes revenant dans leur région d'origine. Au Ghana, 60 % des personnes contaminées sont des femmes, la majorité avait déjà quitté le pays, principalement pour la Côte d'Ivoire. L'entrée dans la prostitution de certaines femmes migrantes n'implique pas qu'elles avaient la même situation dans leur pays d'origine. Elles y sont forcées du fait de leurs conditions de femmes migrantes et du peu d'autres opportunités disponibles. La prostitution est un travail pour lequel la demande est forte, le flux de jeunes hommes dans les villes côtières entraînant un déséquilibre hommes/femmes. Les femmes ghanéennes se livrent à la prostitution loin de leur région d'origine, cette pratique étant socialement condamnée. En effet, traditionnellement, les hommes obtiennent la permission par les parents d'avoir des relations sexuelles avec leur fille comme un prélude à un éventuel mariage. Ces relations font l'objet de transactions en nature en fonction du métier de l'homme.

Les femmes commerçantes itinérantes sont une autre catégorie de femmes migrantes. Elles se déplacent de la région de production vers les marchés. Chez elles aussi, on observe une explosion des contaminations par le VIH. Leur transport d'un marché à l'autre dépend des hommes et elles sont souvent obligées de se lier à des hommes locaux pour assurer leur protection.

Les migrations sont donc une stratégie de survie des femmes en Afrique, stratégie qui les expose à des comportements à risque. Leur statut de migrantes leur limite l'accès aux structures de soins et aux traitements. Pour modifier leurs comportements, ces femmes ont besoin de connaître les moyens de se protéger du virus, d'avoir accès aux services de prévention et aux préservatifs. La prévention passe par le changement des comportements individuels mais également par une amélioration des conditions sociales et économiques. Ce point nécessite une mobilisation des ressources aux niveaux national et international venant de fonds publics et privés. Les lieux clés d'information sur l'épidémie pourraient être les étapes majeures des circuits de migration. Des femmes migrantes habitant dans les grandes villes pourraient être formées à l'éducation par les pairs afin de diffuser l'information. À terme, les femmes migrantes pourraient, par leurs voyages, être un vecteur de l'information vers les régions d'origine.

MARIA LOURDES S. MARIN

**DIRECTRICE-ADJOINTE, ONG ACTION
FOR HEALTH INITIATIVES, PHILIPPINES**

Voici le témoignage d'une jeune femme en guise d'introduction : « J'étais domestique pendant huit ans en Malaisie. Sans mon consentement, mon employeur m'a réservé un vol pour les Philippines, m'a forcé à partir, trois heures après qu'il m'ait appris que j'étais infectée par le VIH ». En 2000, 24 % des personnes vivant avec le virus aux Philippines avaient travaillé à l'étranger. En septembre 2004, elles représentent 32 % des personnes infectées. Il faut prendre en considération que les migrants font l'objet d'un dépistage systématique pour sortir du pays ce qui peut biaiser les statistiques par rapport à la population sédentaire non dépistée.

Depuis 1990, on assiste à une féminisation des migrations en Asie. En 1976, les femmes représentaient 15 % de la force de travail migrante, 27 % en 1987, 48 % en 2000. Au Sri Lanka, 80 % des migrants sont des femmes, 70 % en Indonésie. Les populations migrantes sont en majorité de jeunes adultes de 15 à 35 ans.

Des facteurs économiques et politiques poussent les femmes à quitter leur pays : la pauvreté, les politiques nationales favorisant l'émigration, la faible et aléatoire productivité agricole, les catastrophes naturelles, et bien sûr, la demande des pays plus riches de main d'œuvre à bas prix.

De l'autre côté, les politiques des pays d'accueil favorisent l'entrée des femmes. Elles reprennent les travaux domestiques des femmes de ces pays qui ont reçu une éducation leur permettant d'atteindre des postes qualifiés. Le schéma des tâches traditionnellement attribuées aux femmes est donc reproduit dans les pays d'accueil. Toutes ces fonctions (domestiques, nourrices ou gardes malades) appartiennent à un secteur informel et ne sont pas reconnues comme un travail méritant salaire. Les femmes migrantes sont ainsi exposées à des abus et sont vulnérables face à l'exploitation et aux problèmes de santé.

Partir à l'étranger peut être une décision personnelle, mais les familles poussent souvent les filles à émigrer pour répondre à des besoins financiers. Être l'objet d'abus et de violence à la maison peut également être une des causes de départ.

La CARAM-Asia¹ a initié cinq études aux Philippines pour déterminer les facteurs de vulnérabilité des femmes migrantes face au VIH/sida. Elles explorent toutes les phases du processus de migration : avant le départ, dans le pays d'accueil et au retour.

Des facteurs prédisposent au risque d'infection avant même leur départ :

– Les tabous sur la sexualité : ils sont une barrière à l'accès à l'éducation sexuelle et à l'information sur le virus du VIH/sida pour les femmes. Les femmes associent toujours le virus à des groupes à risque tels les travailleurs du sexe et les homosexuels. L'éducation sexuelle n'est pas encouragée par peur qu'elle n'incite les jeunes gens à la prostitution.

– La faible utilisation du préservatif : alors que l'éducation sexuelle est passée sous silence, l'information contre l'utilisation du préservatif est largement diffusée, les Philippines étant un pays où le catholicisme prédomine.

– Le peu de recours aux systèmes de soin : du fait de conditions économiques difficiles et de facteurs socioculturels, les femmes ont souvent recours à l'automédication. De manière générale, la maladie est vécue comme une fatalité. Pour les femmes migrantes, s'ajoute la peur de perdre leur travail, les amenant à cacher leur état de santé.

– La pratique systématique de dépistage aux frontières : celle-ci est imposée par de nombreux pays de destination des migrants comme une condition à l'embauche. Si cette mesure a un intérêt épidémiologique, elle est aussi contre-productive. Non seulement elle bafoue les droits de l'homme et renforce la stigmatisation des migrants, mais elle donne aussi un sentiment d'invincibilité aux migrants séronégatifs. Ces dépistages ne sont accompagnés d'aucune consultation de prévention et d'aide que ce soit avant ou après le test.

Dans les pays de destination, les femmes migrantes vivent dans des conditions les rendant vulnérables à l'infection par le VIH. De nombreux facteurs les amènent à s'impliquer dans des relations : la solitude et le mal du pays, une vie sexuelle active avant le départ, l'absence de « contrôle social » sur leur comportement, l'incitation par les pairs à avoir une relation, le bénéfice financier qu'elles peuvent tirer d'une relation, le besoin de décompresser de la difficulté de leur travail, le mariage avec un étranger synonyme d'ascension sociale, l'amour, etc.

Les normes sociales imposées par la société fixant le rôle des femmes dans une attitude passive ont un impact sur les comportements des femmes migrantes. Loin de chez elles, elles cherchent un espace de liberté pour pouvoir enfin s'exprimer, et c'est dans ce contexte qu'elles vivent leur sexualité. Au retour dans le pays d'origine, l'impact de l'infection par le VIH/sida pour les migrants est multiple. Le coût de la vie et des soins engloutit leurs économies. Leur statut social change, passant de héros à paria. L'impact émotionnel et psychologique est majeur : la détresse, la honte et la culpabilité. L'impact physique de la maladie est sévère, notamment du fait du faible accès aux soins. Les interventions doivent atteindre toutes les étapes du processus de migration. Les objectifs sont d'améliorer le niveau d'éducation et d'information et les compétences, pour faire face aux situations à risque, par des démarches participatives. Il faut inciter les gouvernements à engager des programmes et modifier leurs politiques concernant les migrants tout en s'assurant du respect des droits de l'homme.

CYNTHIA BUCKLEY

SOCIO-DÉMOGRAPHE, DIRECTRICE-ADJOINTE, CENTRE DES ÉTUDES SUR LA RUSSIE, L'EUROPE DE L'EST ET L'EURASIE, UNIVERSITÉ DU TEXAS, USA

La prévalence de l'infection dans les pays du Caucase, l'Arménie, la Georgie et l'Azerbaïdjan est encore faible, mais

va augmenter rapidement dans le futur. Actuellement, le mode principal de transmission est l'injection intraveineuse de drogues et les personnes touchées sont essentiellement des hommes. Cependant, les tendances présagent une phase de transition dans un futur proche, aboutissant à un mode de transmission principalement hétérosexuel, avec une augmentation des taux d'infection chez les femmes. Mouvements de populations volontaires ou forcés, pour raisons économiques ou politiques, les migrations ne sont plus une problématique masculine et leurs conséquences sont plus complexes qu'on pouvait l'imaginer.

Chacun se voit attribuer une tâche au sein de la famille. Partir est une des solutions pour les hommes afin d'aider économiquement leur famille. Certaines régions ont adopté l'émigration comme solution à leurs difficultés économiques. De véritables réseaux leur permettent de quitter le pays malgré les barrières administratives. Ceux-ci définissent les circuits de migration. C'est ainsi que l'on trouve des personnes d'une même communauté migrant vers une même région à plusieurs milliers de kilomètres. Les rôles sociaux et économiques des sexes sont transformés. Pour les personnes migrantes, le départ entraîne souvent une descente sociale. Elles doivent accepter l'offre de travail du pays d'accueil. En contrepartie, pour la famille, cette situation aboutit à une ascension sociale car elle augmente son pouvoir d'achat. Le contrôle social des comportements est diminué, aussi bien pour les migrants, que pour les femmes restant dans la région d'origine.

Quatre points permettent de décrire la situation, vis-à-vis du VIH/sida, des pays du sud du Caucase : Arménie, Georgie et Azerbaïdjan.

Pour l'ensemble de ces pays, les cas de VIH/sida enregistrés ne dépassent pas les 900 individus. Ces chiffres exploseront lorsqu'un dépistage des groupes à risque sera mis en place. Le dépistage est actuellement sporadique. 75 % des cas enregistrés sont liés à la toxicomanie intraveineuse. L'utilisation de la contraception a été significativement améliorée, grâce à des campagnes d'information. En revanche, les connaissances sur le VIH sont quasi-inexistantes et aucun de ces pays n'a mis en place l'accès à l'éducation sexuelle dans ses écoles. Enfin, l'émigration est un phénomène de société très important, mais aucun chiffre ne permet d'évaluer la gravité du dépeuplement. Ce dernier point explique que la région ait été désignée comme une zone d'épidémie émergente. En Arménie, certains villages n'abritent que deux ou trois hommes en âge de travailler. On estime que 7 millions de personnes ont migré et parmi elles, 800 000 sont considérées comme ayant quitté définitivement la région (obtention de la nationalité du pays d'accueil ou d'une double nationalité). Les autres sont des migrants temporaires sans une indication claire de la durée de leur séjour. Les vrais chiffres ne sont pas disponibles car les migrants sont réticents à se faire enregistrer, tant dans le pays d'origine que dans le pays de destination. Qu'en est-il du lien entre les migrations et le VIH ? Pendant longtemps, on a considéré que les femmes avaient un rôle passif. Les hommes contractaient le virus

à l'étranger et le transmettaient à leur épouse. Mais, le contexte peut également rendre les femmes plus vulnérables à des relations sexuelles à risque. L'adaptation à leur situation de femmes seules, économiquement dépendantes d'un mari absent, est difficile. L'absence de contrôle peut aboutir à des mécanismes de fuite tels que la consommation d'alcool et de drogues. La solitude favorise la rencontre de nouveaux partenaires sexuels. La précarité limite l'accès aux soins et les dépenses importantes doivent par ailleurs être approuvées par le mari. Le départ des hommes transforme les responsabilités parentales qui incombent entièrement aux femmes. La question se pose, en particulier, pour la transmission de l'éducation sexuelle qui se fait traditionnellement du père vers les fils et des mères vers les filles. Aucune structure institutionnelle de prévention n'existant, le relais familial de l'information serait fondamental mais ne peut pas avoir lieu. Pour toutes ces raisons, les femmes et les familles de migrants doivent être intégrées dans les études sur les processus de migration. Leur situation modifie leurs comportements et leur statut social. Dans ces régions traditionnellement patriarcales, le départ des hommes conduit à des mutations des rôles de chacun dans la communauté. La vulnérabilité accrue de ces femmes face au VIH doit être prise en compte et prévenue.

SANDRINE MUSSO

**ANTHROPOLOGUE, ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES
EN SCIENCES SOCIALES DE PARIS**

LE 5^e H : DE LA QUESTION DES FEMMES DANS L'ÉPIDÉMIE À CELLES DES FEMMES ÉTRANGÈRES OU IMMIGRÉES FACE AU SIDA EN FRANCE

En 2001 en France, deux tiers des femmes diagnostiquées séropositives au cours de leur grossesse étaient d'origine étrangère. Parmi les contaminations hétérosexuelles, 60 % sont des femmes et 47 % sont d'origine subsaharienne. De la même manière que l'immigration n'a pas été suffisamment prise en compte dans les politiques publiques de prévention du VIH/sida en France, les enjeux spécifiques des femmes migrantes face à cette épidémie ont été ignorés. Dans son histoire du sida, Gmerck (1986) rappelle que la théorie des 4H, élaborée par les épidémiologistes nord-américains, à partir d'une « série limitée de cas » (Pollack, 1991), en comptait parfois un 5^e. Ainsi, si les Homosexuels, les Hémoïnomanes, les Hémophiles et les Haïtiens, étaient désignés comme les groupes à risques fondateurs, le 5^e qui leur était parfois adjoint était constitué par les « Hookers », c'est-à-dire les « prostituées ». Ainsi, les femmes n'apparaissent dans les théories que sous l'angle de la prostitution avec laquelle on va penser l'ensemble de la question des femmes face au VIH/sida. Lors de la naissance de l'activisme, relatif à la question des femmes face à l'épidémie aux États-Unis fin des années 1980, le sida est alors la première cause de mortalité des femmes entre 25 et 34 ans. La majorité étaient

noires ou latino américaines et ne pouvaient avoir accès, ni aux essais cliniques, ni, plus généralement, aux soins médicaux. Ce n'est qu'en 1993, que les femmes et les membres de minorités ethniques feront l'objet de la mise en place d'une politique de quotas dans les essais cliniques aux États-Unis. À l'échelle internationale, la problématique de l'accès aux antirétroviraux dans les pays du sud s'est longtemps limitée, s'agissant des femmes, à les prendre en charge à l'occasion de la grossesse, afin d'éviter la contamination de l'enfant qu'elles portaient. C'est seulement en tant que « reproductrices » que leur santé était pensée et prise en charge.

L'ensemble de ces éléments, apparemment disparates, renvoie à deux angles d'analyse principaux. Le premier est lié à l'histoire des catégories de l'épidémie, et le second réfère, de manière plus large, à l'impact de la domination masculine et des inégalités dans les rapports de genre. Dans des sociétés très différentes, la sexualité féminine est invariablement considérée comme éminemment dangereuse et devant être contrôlée socialement, beaucoup plus que celle des hommes.

En France, le rapport de 1999 de l'Institut national de veille sanitaire rendait publique, pour la première fois, la situation du sida dans la population étrangère résidant en France. Ces chiffres firent l'objet de diffusions restreintes aux quelques associations de lutte contre le sida, la crainte de la stigmatisation étant l'argument avancé pour ne pas les diffuser plus largement. Le rapport montrait, qu'à l'échelle des cas cumulés de sida de 1978 à 1998, la part des étrangers était de 14 %, soit plus de deux fois supérieure à leur proportion statistique dans la population totale qui représente, selon l'Insee 6 %. Toutes nationalités confondues, un retard au dépistage et des difficultés dans l'accès aux soins étaient constatés. Au-delà de ces caractéristiques communes, liées à un ensemble de difficultés administratives, socio-économiques et socioculturelles auxquelles peuvent, dans certains cas, s'ajouter les prévalences dans les sociétés d'origine, des spécificités pouvaient toutefois être notées à l'échelle des « profils épidémiologiques ». Ainsi, le sexe ratio et les modes de contamination diffèrent selon le type de « nationalité ». S'agissant des personnes de « nationalité maghrébine », un élément était particulièrement remarquable, la part des contaminations liées à l'usage de drogues par voie intraveineuse. L'« épidémie d'héroïne » a touché, dans les années 1980, la jeunesse des quartiers défavorisés, où elle s'est inscrite dans un contexte de prévalence plus importante d'échec scolaire et dans un vécu de discrimination, souvent initié dans le cadre de l'école auquel s'est ajoutée la confrontation aux institutions en matière d'insertion professionnelle et de justice. C'est donc dans ce contexte général que s'insère la visibilité de l'épidémie dans les cités ou dans les « quartiers de la relégation » où sont en grande partie « ségrégués », dans l'espace social urbain, les étrangers et/ou les immigrés originaires du Maghreb. C'est aussi dans ces espaces que va émerger à Marseille, au milieu des années 1980, la première association de « mamans maghrébines », ayant pour objectif de briser les tabous sur l'injection de drogue.

Valérie Mazeau
Isabelle Baldisser
Bénédicte Astier
Antonio Ugidos

ISSN 1242-1693

Se constituant en « meneurs de jeu acculturatif », ces femmes arrivent à faire évoluer les normes de respect intergénérationnel selon lesquelles certains thèmes sont difficilement abordables entre parents et enfants. L'association qu'elles vont constituer, d'abord au domicile de la fondatrice Hadda Berrebou, commence à être fréquentée de manière conjointe par les enfants et les parents. Les femmes prennent contact avec des professionnels, médecins, psychologues et associations, pour se documenter sur l'usage de drogue, le VIH/sida, leur prévention et leur prise en charge. Mais ces « mamans » se reposent aussi sur des normes que l'on pourrait qualifier de « traditionnelles » : c'est d'abord sur l'identité sociale de « mère » qu'elles peuvent avoir une parole de « femmes » sur la question du VIH/sida.

L'INVISIBILITÉ DES FEMMES TOXICOMANES

Les entretiens conduits auprès de femmes toxicomanes issues de l'immigration, dans les structures de prise en charge des usagers de drogue ou dans d'autres cadres, font ressortir une expérience, plus importante que pour les hommes, de la rupture familiale. Ceci relève de l'attitude de certains membres de la famille, mais aussi de l'incorporation par la personne, de la honte, du déshonneur ou de l'échec que signifie socialement le fait de « tomber dans la drogue ». Surtout quand, s'agissant des femmes, une des modalités les plus courantes d'accès au « produit » est la prostitution. En contexte migratoire, la rigueur comportementale est une exigence forte des parents migrants à l'encontre de leurs enfants, mais elle ne s'exerce pas de la même manière en fonction des sexes. Ainsi, les filles se trouvent promues responsables de l'honneur de la famille. Mais, si ces normes restent structurantes, notamment à l'échelle des discours encadrant la notion de virginité des filles, il n'en demeure pas moins que la trajectoire migratoire a sur celles-ci un double impact. D'une part, il existe une interaction, entre le regard « colonial » porté par la société d'accueil et « centré sur la question de l'oppression des femmes en en faisant une caractéristique essentielle de la maghrébinité » et le groupe à l'égard duquel ce stéréotype s'exerce, « qui retourne en stigmat positif la pureté originelle »². Mais l'existence d'une norme ou l'adhésion à celle-ci n'en implique pas le respect absolu. Des stratégies féminines se mettent en place pour la contourner de manière discrète, en tenant compte du contrôle social. Cependant, s'agissant de trajectoires féminines marquées par un usage de drogue par voie intraveineuse ayant pu conduire également à la prostitution, on devine aisément combien l'invisibilité des pratiques induit une rupture et un éloignement.

CRIPS

LA STRATÉGIE DES MARIAGES AU BLED

Cette stratégie est une spécificité maghrébine, et tout particulièrement algérienne. « Un fils toxico, pour le désintoxiquer, on l'envoie en Algérie, au Maroc et en Tunisie, on l'envoie au pays se marier à une vierge, parce qu'ils disent que se marier à une vierge, ça purifie, donc, ils les envoient là-bas, ils sont désintoxiqués, il y a pas de problème, ils contaminent la jeune épouse, qui se retrouve enceinte généralement dans le mois qui suit, ils reviennent en France tous les trois, et au moment de l'accouchement, ben elle apprend qu'elle est séropositive et le petit aussi. Elle découvre tout d'un seul coup. » La stratégie du « sevrage au bled » s'apparente ainsi à l'idéal d'abstinence qui a longtemps structuré la politique française en matière de prise en charge de la toxicomanie. Le but est d'extraire la personne d'un environnement relationnel auquel est attribuée la responsabilité de la pratique.

LES TRAJECTOIRES FÉMININES AUTONOMES

S'agissant des femmes, il semble nécessaire de les intégrer dans une réflexion sur l'immigration, car les trajectoires migratoires féminines constituent une donnée incontournable en ce début du 21^e siècle. Les femmes, loin d'être passives, sont au contraire les moteurs de la mobilisation. En France, comme dans bien des pays d'origine, ce sont des femmes qui ont initié les réponses sociales vis-à-vis de la maladie et créé les premières associations qui soutiennent les femmes face aux difficultés rencontrées au cours de la trajectoire migratoire, notamment administratives et économiques. La question du risque d'exposition au VIH/sida s'insère ainsi dans ce type de trajectoires au sein d'un grand nombre d'autres risques. Pour conclure, les sciences sociales ont souligné l'importance de prendre en compte les rapports de genre dans la prévention, mais aussi combien le discours préventif avait été élaboré par et pour un sujet dont l'identité sociale renvoie au paradigme du « WASP » : soit un homme blanc de classe moyenne dont l'attitude serait rationnelle et responsable au sein d'une société d'abondance (Schepper-Hugues, 1994). L'ensemble des éléments montre combien les contraintes présidant à la gestion de la sexualité sont bien loin de correspondre à ce cadre idéal typique et remet en question le paradigme traditionnel du risque.

1. CARAM-Asia : Coordination of Action Research on AIDS and Mobility

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