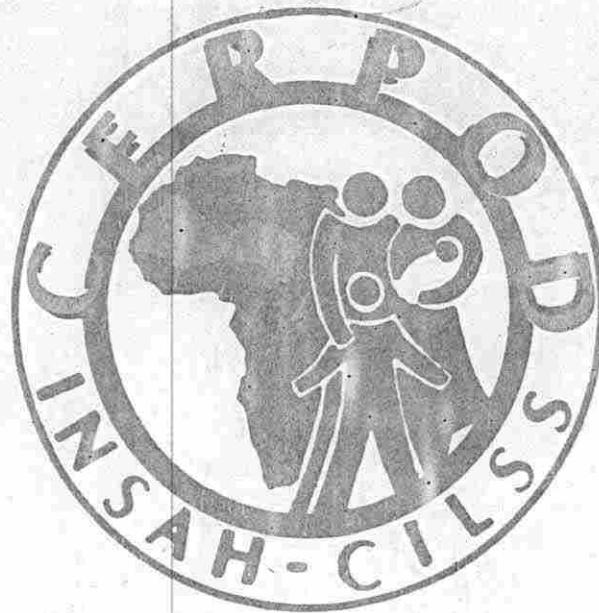
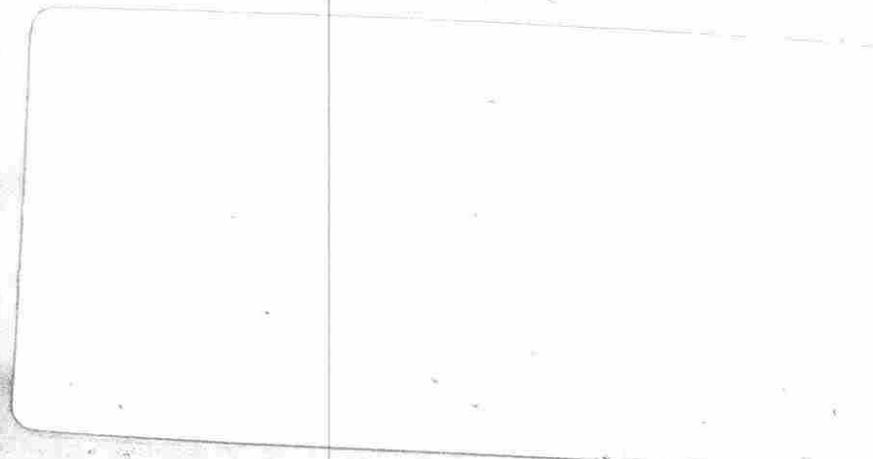


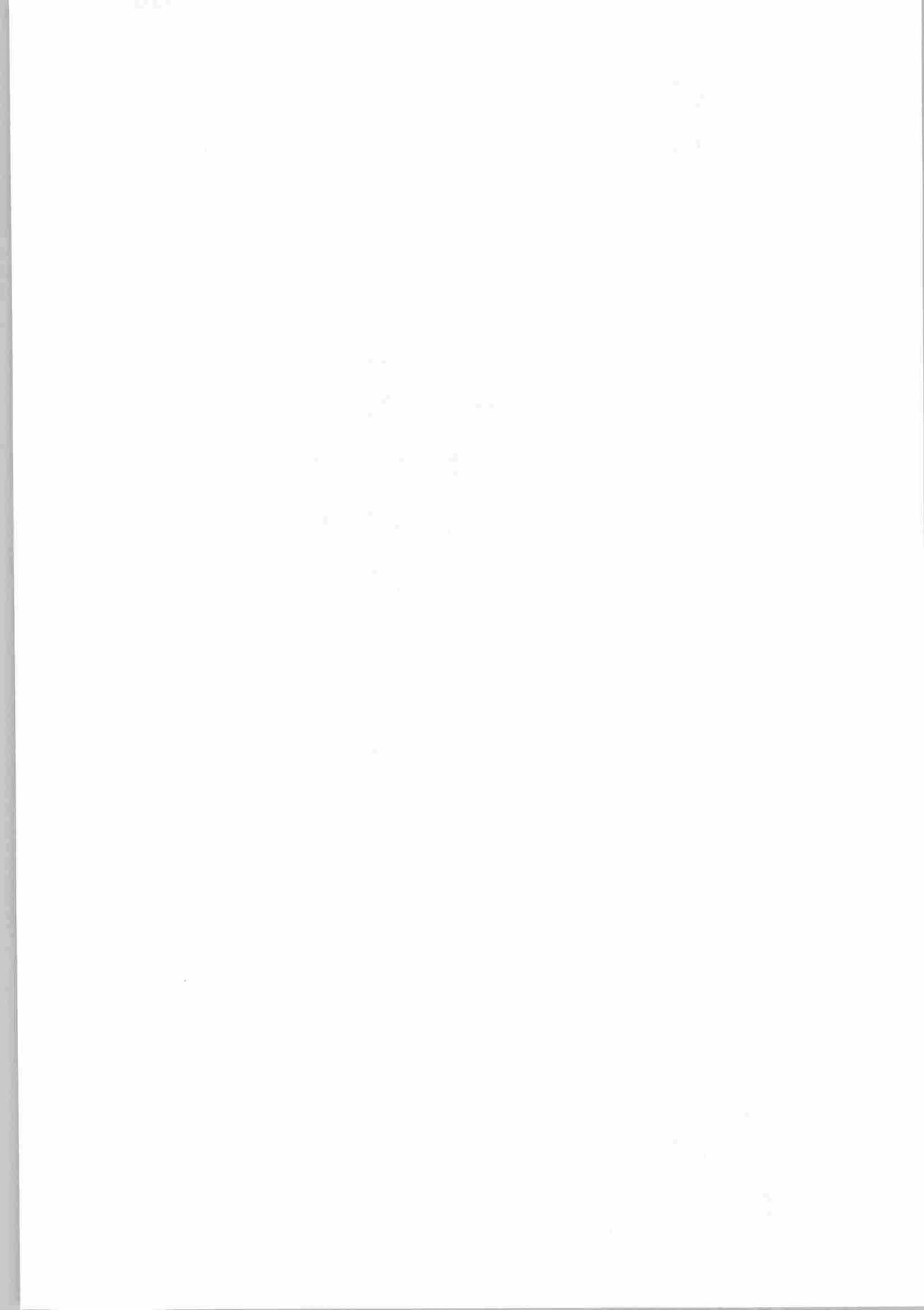
4089

CENTRE D'ETUDES ET DE
RECHERCHE SUR LA POPULATION
POUR LE DEVELOPPEMENT



Working paper





ISSN 1012-778 X



No 14 - Janvier 1994

Revue de littérature sur le thème
migration et santé*

Amadou Ba



* Texte soumis à titre d'épreuve écrite de l'examen de synthèse,
Programme de Doctorat en Démographie, Université de Montréal

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE	5
CHAPITRE I: LE PROCESSUS D'ADAPTATION DES MIGRANTS	10
I. 1 Prévalence de désordres psychiques	10
I. 2 Principaux déterminants de la santé mentale des migrants	14
Conclusion partielle	18
CHAPITRE II: LES MIGRATIONS RURALES URBAINES: CONSEQUENCES DE LA MIGRATION ET DE L'URBANISATION SUR LA SANTE	19
II.1 Ampleur et nature des phénomènes	19
II.2 Conséquences sanitaires de la migration et de l'urbanisation	20
II.2.1 Facteurs d'exposition et de transmission	20
II.2.1.1 Les conditions d'habitat et d'hygiène	20
II.2.1.2 Systèmes d'assainissement et d'approvisionnement en eau	21
II.2.2 Autres facteurs de risque	23
Conclusion partielle	24
CHAPITRE III: LES MIGRATIONS INTERNATIONALES	26
III.1 La pathologie d'apport	26
III.2 La pathologie acquise	27
III.2.1 Facteurs responsables	27
III.2.1.1 Conditions de logement et de l'environnement	28
III.2.1.2 Emploi et niveau économique	29
III.2.2 Les groupes les plus à risque	30
III.3 Quelques conséquences sur les pays de départ	30
Conclusion partielle	31
CHAPITRE IV : LES MIGRATIONS RURALES-RURALES	32
IV.1. Migrations rurales en vecteurs de maladies	32
IV.2 Les mouvements de colonisation agricole	34
IV.2.1 Etat de la question	34
IV.2.2 Problèmes de santé liés à l'environnement	35
IV.2.3 Les problèmes de santé liés à l'activité	36
Conclusion partielle	37

CHAPITRE V: ACCESSIBILITE ET UTILISATION DES SYSTEMES DE SOINS	38
V.1 Etat de la question	38
V.2 Les barrières socio-culturelles et le système de soins	38
V.3 Les facteurs socio-économiques	41
Conclusion partielle	44
CHAPITRE VI : REFUGE ET SANTE	46
VI.1 Etat de la question	46
VI.2 Problèmes de santé particuliers aux réfugiés	47
VI.2.1 La vie dans les camps	47
VI.2.2 Problèmes de santé mentale chez les réfugiés	49
Conclusion partielle	52
CHAPITRE VII : MIGRATION, MALADIES TRANSMISES SEXUELLEMENT: LE SIDA	53
VII.1 Etat de la question	53
VII.2 Migration et transmission de la maladie	54
VII.3 Quelques exemples de vulnérabilité liée à la migration	56
Conclusion partielle	58
CONCLUSION GENERALE	59
BIBLIOGRAPHIE	61

INTRODUCTION GENERALE

Longtemps reléguée au second plan, la migration, un des changements socio-démographiques et économiques les plus profonds de notre époque, semble aujourd'hui retenir de plus en plus l'attention des chercheurs en sciences sociales. Cependant, force est de constater que ce sont surtout les aspects quantitatifs (intensité, origine et destination des flux) ou ceux d'ordre économique qui ont surtout été privilégiés. Cependant les problèmes médicaux et sociaux, à l'origine ou découlant de la mobilité humaine, demeurent encore confinés dans des études quelque peu réductionnistes et parcellaires, davantage orientées vers certains intérêts de spécialistes isolés.

Ce ne sont pourtant pas les liens qui manquent lorsqu'on s'intéresse à la migration⁽¹⁾ et à la santé⁽²⁾. En effet il existe plusieurs façons par lesquelles la santé de la population influe sur la migration. En retour la migration elle-même est un facteur dynamique dans les changements de l'état sanitaire (GREGORY et PICHE 1986). On pourrait à la limite considérer que tout type de migration est de manière directe ou indirecte associée à la santé et réciproquement.

De nombreux exemples illustrent bien l'ampleur et la nature des liens entre la mobilité et l'état de santé des populations impliquées dans ces mouvements. Ainsi, au cours de la période

¹ Afin d'illustrer la variété de l'impact de la migration sur la santé et réciproquement, nous nous inspirons des typologies de la mobilité proposées par GREGORY et PICHE (1986) et PROTHEO (1989).

² La définition de la santé adoptée ici est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé à savoir un état de bien-être complet physique, psychique et social et pas seulement comme la simple absence de maladie ou d'infirmité.

médiévale, PROTHERO (1984) rappelle que l'expansion de la peste en Europe a été le fait des retours des croisés du Levant. Les déportations massives d'esclaves d'Afrique occidentale vers les Amériques du 17 ème au début du 19 ème siècle ont également eu des conséquences sur la santé des populations. Les massacres de milliers d'esclaves pendant les captures et au cours de la traversée, l'introduction dans le Nouveau Monde de certaines maladies tropicales telle la malaria, en sont des exemples. De nos jours, on ne peut passer sous silence, le rôle joué par la mobilité humaine dans le rythme et l'ampleur de la propagation du SIDA sur l'ensemble du globe. Fausse ou réelle, la menace de transmission du HIV à travers les mouvements de populations, a conduit certains pays comme la Belgique, l'URSS, la RFA, le Costa-Rica, la Chine ou le Koweit à adopter des mesures restrictives et de contrôle de plus en plus sévères face à l'immigration en provenance d'autres pays en développement: obligation pour les candidats à l'immigration de se soumettre à des tests de dépistage du HIV, expulsion des migrants atteints de la maladie.

En retour, on peut également affirmer que les conditions de santé des populations affectent directement ou indirectement le schéma de mobilité. La présence de maladie sous forme endémique ou épidémique dans certaines zones a souvent été citée comme un facteur déterminant dans la décision de migrer de certaines populations (PROTHERO 1989). L'absence ou l'existence de services de santé adéquats peuvent également agir comme "both push and pull factors in promoting movement".

La complexité du phénomène migration-santé, conjuguée au manque de concertation entre chercheurs des diverses disciplines connexes (épidémiologie, ethnologie, géographie, démographie et autres sciences de la santé) expliquent sans doute les lenteurs observées dans la prise de conscience face à cet aspect important de la migration. Outre la complexité du phénomène, certains chercheurs (MCKINLEY 1975, KASL et BERKMAN 1983, TELLER 1976), déplorent l'absence de conceptualisation théorique suffisamment bien élaborée et spécifique à cet aspect de la migration. Or, cette conceptualisation est d'autant plus nécessaire à la compréhension de la dynamique migration-santé, que l'interprétation des résultats de certaines études, reste quelque peu ambiguë voire souvent contradictoire. A ce stade, MASUY-STROOBANT et TABUTIN (1982) rappellent que, pour expliquer la mortalité, il est nécessaire de remonter en amont de l'événement final pour décrire et comprendre les divers mécanismes causaux conduisant d'un état de bonne santé à un état de malade, puis de celui de malade à celui de guéri ou de décédé (tiré de GROGORY et PICHE 1986).

Commentant les quelques rares tentatives de modélisation KASL et BERKMAN (1983), mentionnent que les formulations théoriques sont faites, soit à un niveau d'abstraction si élevé qu'elles ne parviennent plus à faire ressortir les impacts de certaines variables, ou au contraire, elles sont si détaillées qu'il est

quasiment impossible d'en tirer des conclusions pertinentes sur les voies à travers lesquelles la santé peut affecter la décision de migrer ou réciproquement.

Rappelons à ce propos quelques unes des théories élaborées sur les déterminants, mécanismes et conséquences des divers facteurs sur l'état de santé des populations en général.

D'abord sur la survie des enfants un des modèles les plus utilisés présentement, celui de MOSLEY ET CHEN (1984), considère 5 groupes de "proximate determinants" d'ordre économique, biologique, environnemental et surtout biomédical. S'agissant de la mortalité générale, POOL (1982) (cité de GREGORY et PICHE 1986), propose pour sa part un cadre analytique, qui malgré ses avantages, prêche comme le premier, sur des aspects importants. En effet comme le soulignent GREGORY et PICHE (1986), les deux modèles proposés partagent deux limites: les auteurs partent de la mortalité comme objet d'étude et n'arrivent pas à l'intégrer aux autres paramètres démographiques dont l'élément central pour nous serait la migration. Une telle approche évacue un ensemble de facteurs, éléments indissociables du régime démographique. Dans leur présentation des schémas conceptuels sur les liens entre la population et la santé, GREGORY et PICHE (1986) évoquent également le modèle systémique que proposent BRUNET-JAILLY et AUDIBERT (1981). En plus d'être très complet, ce modèle inclue la migration dans le sous-système démographique. L'absence, dans ce schéma, des autres paramètres démographiques (fécondité, mortalité), ne nous semble pas être une limite importante dans la mesure où, à elle seule, la migration pourrait à la limite englober tous les autres facteurs.

Dans les rares modèles conceptuels à intégrer le phénomène migratoire parmi les facteurs explicatifs de la mortalité, mentionnons celui de BROCKEROFF (1990) dont le but consiste à mieux cerner l'incidence de la migration rurale-urbaine au travers de la mortalité des enfants accompagnant les mères dans leur déplacement. A partir des données de l'Enquête Démographique et de santé du Sénégal (EDS), l'auteur suggère un cadre conceptuel mettant l'emphase sur l'hypothèse de la sélectivité et les concepts d'adaptation et de rupture des migrantes d'avec leurs us et coutumes. Le modèle proposé insiste par ailleurs sur l'importance des variables clés qualifiées de déterminantes pour le niveau de la mortalité infantile pré et post migratoire. Il s'agit des caractéristiques socio-économiques de la mère avant et après la migration, la durée de séjour en ville.

Enfin examinons le modèle proposé par CORDELL, GREGORY et PICHE (1983). Celui-ci, beaucoup plus complet que les précédents distingue quatre grands sous-systèmes de causalité : le régime démographique dans sa globalité et dans lequel s'intègre la mortalité, les causes directes de la mortalité dont les éléments biologiques les plus significatifs, l'environnement sanitaire et enfin un dernier niveau faisant appel à l'économie politique et aux

structures sociales en vigueur dans le champ d'étude considéré (CORDEL, GREGORY et PICHE 1983). Un des apports importants que l'on peut tirer de ce modèle, est que les aspects de la santé (morbidité et mortalité) sont placés dans un cadre plus global incluant tous les autres phénomènes démographiques et surtout la migration dont le rôle déterminant est rappelé à tous les niveaux du modèle. Il va s'en dire que la complexité de certaines variables intervenant dans ce modèle rendent difficile son opérationnalisation.

D'autres modèles théoriques ont été développés par les spécialistes de l'administration de la santé publique. Mais ceux-ci, outre qu'ils se limitent aux seuls déterminants de l'accès ou de l'utilisation des services de santé, ne retiennent généralement des composantes du régime démographique que les variables structurales (FIEDLER 1981).

Dans le cadre de ce travail qui consiste en une revue de littérature sur les différentes relations entre la migration et la santé, nous allons, afin d'illustrer les différentes modalités des liens entre la migration et la santé, adopter la typologie habituellement retenue pour la classification des mouvements de populations. Dans le premier chapitre intitulé "processus d'adaptation des migrants", il est question de synthétiser la littérature très abondante consacrée à la santé mentale des migrants dans leur milieu d'accueil. Il s'agit essentiellement de l'examen de la fréquence et de la gravité des atteintes de la santé mentale des migrants et de comparaisons avec les populations autochtones. Les facteurs multiples pouvant conduire à la décompensation de même que les difficultés liées à la mesure du phénomène seront également évoqués. Par la suite, le second chapitre, permettra d'examiner à travers la migration rurale-urbaine, de même que celle de retour et le phénomène de l'urbanisation, les problèmes de santé liés à ces formes de mobilité. Il s'agit de voir l'état de santé (perçu ou observé), résultant de l'exposition à certains facteurs principaux de risques biologiques mais surtout environnementaux. A cette fin nous avons retenu deux types principaux de risques pour la santé que sont les conditions d'habitat et d'hygiène. Quoique quelque peu commune à l'ensemble de la population urbaine, nous pensons tout de même que les facteurs de risques (positifs ou négatifs) sont davantage amplifiés pour les migrants. Dans le troisième chapitre nous présentons les problèmes sanitaires que pose la présence de migrants de langue, de culture différentes de celles des pays d'accueil, dans le cadre de la migration internationale. Ces problèmes sont déterminés dans leur large mesure par les conditions de vie insatisfaisantes offertes généralement aux migrants: logements insalubres et surpeuplés, conditions de travail pénibles, chômage très fréquent. Au préalable, nous mentionnons quelques uns des aspects de la pathologie dite d'apport des migrants sur le territoire d'accueil, sur laquelle les recherches avaient beaucoup insisté il y a quelques années. Et pour clore ce chapitre, nous examinons quelques uns des aspects des liens entre la migration et santé du point de vue des pays de départ. Dans le chapitre quatre,

on tentera, à l'aide des déplacements à l'intérieur de l'espace rural, de développer les liens entre quelques vecteurs de maladies et ces types de migrations. D'autres problèmes de santé liés à l'activité et à l'environnement en général seront examinés dans le cadre de l'agriculture de colonisation. Le cinquième chapitre est consacré à l'analyse de l'accès et de l'utilisation par les migrants des services courants de santé. Nous abordons à la fois le type, la nature et l'intensité du recours aux institutions sanitaires ainsi que les facteurs de blocage des migrants. Le chapitre suivant présente les liens entre un type très particulier de migration autrement dit le refuge, et la santé. A cause de ses propriétés différentes de celles de toutes les autres formes de migrations, le refuge soulève des problèmes de santé particuliers. La brutalité et les conditions souvent dramatiques entourant le départ des réfugiés, l'incertitude associés à l'espoir, la vie humiliante dans les camps sont autant de facteurs de risques supplémentaires de stress et de maladies physiques pour les populations soumises à ce type de migration. Enfin dans le dernier chapitre de ce travail, il sera également question d'élucider de nouveau la nature des liens entre mobilité et santé, à travers l'une des maladies transmissibles sexuellement les plus meurtrières, mais aussi des plus mal connues, le SIDA.

CHAPITRE I: LE PROCESSUS D'ADAPTATION DES MIGRANTS

L'ajustement des migrants dans leur nouvel environnement a beaucoup retenu l'attention des chercheurs, particulièrement en ce qui a trait à l'adaptation sociale et émotionnelle. Dans cette partie du travail, on examine l'essentiel de la littérature relative à la santé mentale des migrants. Il sera surtout question de problèmes de santé reliés à la migration internationale, car les travaux portant sur la migration interne demeurent plutôt rares. Par ailleurs, malgré toute son ampleur, la littérature consacrée à la santé mentale des migrants, reste presque entièrement centrée sur les populations vivant dans les pays industrialisés.

I. 1 Prévalence de désordres psychiques

De nombreux articles, rapports ou livres sur les interrelations entre la migration et la santé mentale, ont été publiés au cours du présent siècle. Mais selon MALZBERG (1956), les études qui ont contribué de manière fondamentale à la compréhension des phénomènes en question sont plutôt rares.

Nombre d'études épidémiologiques portant sur la migration et la santé mentale se fondent assez souvent sur l'existence d'une corrélation importante entre la prédisposition aux troubles mentaux et la décision de migrer. C'est d'ailleurs ce que MELSON qualifie d'une "definite connection between the tendency to emigrate and the schizoid constitution" (dans DJERKENS 1969).

C'est surtout à l'Ecole Psychiatrique Américaine que l'on doit l'essentiel des recherches statistiques sur la mobilité géographique et les problèmes psychiatriques éprouvés par les migrants. ROBERTSON (1903) sera le premier chercheur à s'intéresser à la question de la part attribuable au phénomène migratoire dans les indices d'incidences morbides très significatifs que l'on observe chez les immigrés. A partir d'une enquête menée dans l'Etat de Californie dans le sud des Etats-Unis où la population se compose, en plus des Californiens de naissance, de 25% d'étrangers et de 25% de citoyens américains nés en dehors de la Californie. L'auteur parvient aux résultats suivants: 57% de la population asilaire est d'origine étrangère, 26% sont des citoyens nés dans d'autres Etats américains et seulement 17% des malades mentaux sont natifs de cet Etat.

Des résultats issus d'autres investigations viennent également corroborer les conclusions de ROBERTSON. C'est le cas notamment des analyses de BAGLEY, (1968) sur les migrants d'origine antillaise établis en Grande-Bretagne. Les résultats de ses enquêtes montrent en effet, que dans certains cas, les taux d'incidence de maladie mentale sont jusqu'à deux fois plus élevés chez les migrants qu'au sein de la population anglaise de contrôle.

Même si elle n'est pas la première, l'étude classique, la plus souvent évoquée dans la littérature, est sans conteste, celle de ODEGAARD (1936) de l'Ecole Scandinave. Cette étude porte sur des émigrés et migrants norvégiens aux U.S.A., sur la partie de ces émigrants qui sont retournés en Norvège, et enfin sur la partie autochtone de la population américaine. L'enquête fut conduite simultanément en Norvège et dans l'Etat du Minnesota. L'étude révèle que les migrants norvégiens présentent des taux d'incidence de maladies mentales presque deux fois plus élevés que ceux enregistrés au niveau des groupes de contrôle: 6.4% pour les premiers contre 3.7% pour les seconds.

Rappelons que dans son postulat de base, par ailleurs repris par de nombreux auteurs, ODEGAARD considère que l'expérience migratoire précipite inévitablement les troubles psychologiques chez les migrants. Il affirme que "emigration is frequently a result of the restlessness and difficulty of adaptation which may at time be a basic for a later psychotic development".

Toutefois, l'hypothèse de ODEGAARD a été assez souvent remise en question par les résultats auxquels certaines enquêtes ont abouti. SANUA (1969) fait état d'études réalisées au Canada dont les conclusions révèlent des taux d'hospitalisation pour des raisons de santé mentale, plus bas pour les migrants que pour la population native de ce pays. Bien avant lui, MALZBERG (1956), dans une étude portant sur les premières admissions enregistrées dans les hôpitaux psychiatriques de New York, apporte une intéressante critique sur l'hypothèse d'association de la migration et de la santé mentale. Après avoir procédé à des pondérations successives sur plusieurs paramètres (le sexe, l'âge, le statut socio-économique), l'auteur constate que les écarts initiaux entre les taux d'incidences morbides des deux groupes de population enquêtées (population blanche d'origine étrangère et population autochtone de la ville de New York), avaient tendance à diminuer de manière très significative. A partir de tels résultats, MALZBERG (1969) considère qu'une standardisation des autres variables déterminantes comme le statut socio-économique et l'éducation devrait permettre d'éliminer entièrement les différences observées au niveau des taux d'hospitalisation entre les migrants et les populations hôtes. Selon lui, la migration, lorsqu'elle est associée à un bas statut socio-économique (et il en est ainsi la plupart des cas) est caractérisée par un fort degré d'insécurité qui peut avoir pour conséquence un taux élevé d'incidence de désordre mental.

Dans ses premiers travaux, MURPHY (1956) semblait confirmer une similitude de point de vue avec ODEGAARD, mais plus tard, l'auteur a dû réviser ses conclusions, pour arriver, à partir d'enquêtes menées à Singapour et en Israël, à la "notion très claire qu'il existe des groupes de populations migrantes dont le taux d'hospitalisation pour maladie mentale est aussi bas ou même plus bas, que celui de la population autochtone "(DIERKENS 1969).

Comme on peut le constater toutes les études évoquées se rapportent essentiellement aux pays industrialisés. Etant donné les nombreuses différences de ces pays avec ceux du Tiers-Monde, on devrait logiquement s'attendre à des différences en ce qui concerne les liens entre migration et santé mentale.

Une des rares études de ce genre, menées dans les pays en développement, est l'enquête "Santé Migration et Urbanisation" (1970-1973) réalisée au Sénégal par des équipes de recherche de l'OMS, de l'Université de Dakar et de l'ORSTOM. La rareté, voire la quasi-inexistance de ce type d'enquête dans les pays en développement nous conduisent à nous attarder un peu plus sur cette enquête dont l'objectif était l'étude de la migration urbaine et de ses effets sur la santé d'un échantillon de migrants d'ethnie Sereer, originaires de l'arrondissement rural de Niakhar, résidant à Dakar au moment de l'enquête. La méthodologie adoptée consistait à comparer deux échantillons ruraux et urbains du triple point de vue socio-démographique, de la santé physique et mentale et enfin de l'habitat et de l'hygiène. La santé physique de chaque sujet des deux échantillons avait été mesurée à partir de données sur 3 types de syndromes: des syndromes psychophysiologiques, des syndromes psychonévrotiques et les autres formes de syndromes psychiatriques. Les résultats obtenus infirment l'hypothèse selon laquelle les populations migrantes, en provenance du milieu traditionnel villageois sont soumises à un risque élevé d'exposition à la pathologie physique et mentale (BENYOUSEF 1974). En effet, les taux de désordres psychologiques observés lors de cette enquête, étaient sensiblement les mêmes tant pour les populations d'une ethnie isolée des autres groupes linguistiques du pays et résistants à tout contact avec la société occidentale (MORTON B. 1981). Au plan de la santé physique, le passage à la vie urbaine se traduit globalement par une réduction considérable de certaines infections, notamment les anémies biologiques. On assiste par contre à l'émergence de nouveaux problèmes: obésité, cholestérolémie, abus de cigarettes. Dans le même ordre d'idées, les conclusions d'une enquête épidémiologique conduite dans la ville de Los Angeles, montrent que les immigrants d'origine mexicaine nés aux USA présentaient des taux de désordre psychiatriques plus élevés comparativement à ceux constatés au niveau de leurs compatriotes migrants et ce, malgré que les deux groupes évoluent dans des conditions économiques et résidentielles sensiblement identiques (VEGA 1987).

Les divergences sur les conclusions relatives aux conséquences de la migration sur la santé mentale des migrants, s'expliquent de plusieurs manières. Selon WOOD., (1988), la source possible d'explication des résultats contradictoires résiderait dans les instruments utilisés pour l'évaluation de la santé des populations concernées. Deux méthodes classiques sont habituellement utilisées pour la collecte des données dans de telles recherches. Il s'agit des enquêtes dites communautaires et des données cliniques. Or chacune de ces méthodes soulève la question fondamentale qui est

celle de la validité transculturelle des données. Pour cet auteur, la fiabilité des informations recueillies, particulièrement celles provenant des enquêtes communautaires, est, dans une large mesure, tributaire de la manière dont les symptômes, les émotions et les expériences associées à la maladie mentale sont perçues, ressenties et décrites par les divers groupes culturels. Toujours à ce propos, LAVERDURE (1989) parle de l'inexactitude des instruments d'évaluation et de diagnostic de la santé mentale utilisés en un milieu transculturel.

Examinant les variations observées dans la consommation médicale des différentes classes sociales, BOLTANSKI (1971) note qu'on a souvent tendance à réduire, au moins de façon explicite le "besoin médical" à un "besoin primaire" qui, directement subordonné aux exigences du corps, tendrait, en l'absence d'obstacle d'ordre économique (comme le prix du service médical), écologique (comme l'éloignement des équipements médicaux) ou technique, à se manifester dès qu'apparaît la maladie et à se satisfaire dès qu'il apparaît. Et pourtant, rappelle le même auteur, la simple mise en relation de deux indicateurs grossiers, soit le quotient de mortalité pour 1000 à trente cinq ans par catégorie socio-professionnelle comme indicateur de l'usure physique des membres de chaque classe et la consommation médicale en francs par personne et par an selon la catégorie socio-professionnelle, comme indicateur de la morbidité exprimée et donnant lieu à des soins fait voir que l'écart entre le risque sanitaire encouru par les sujets sociaux et les moyens sanitaires qu'ils mettent en oeuvre pour se prémunir contre ce risque est très inégal dans les différentes classes sociales. Autrement dit, les différences dans le comportement sanitaire des membres des différentes classes sociales sont beaucoup plus fortes que ne le laisserait supposer la seule prise en compte de la consommation médicale: un même niveau de consommation n'ayant pas la même signification lorsqu'il est le fait de catégories sociales dont les membres ont des chances de vie inégales. A travers la consommation en actes de médecin (la fréquence du recours au médecin) selon la classe sociale, on peut voir le principal indicateur du besoin médical ressenti par les membres de chaque classe sociale ou plutôt de l'intensité avec laquelle, ces membres perçoivent et tolèrent leurs sensations morbides.

LOPEZ (1981) abonde dans le même sens lorsque, analysant la méthode d'évaluation de la santé mentale des migrants à partir des données cliniques, il affirme que la validité de cette démarche est loin d'être garantie. La méthode ne fait pas de distinction entre les manifestations de la maladie et les modes d'utilisation des services de santé. Or, les conditions et les modalités d'utilisation des services officiels de santé varient de manière assez marquée selon qu'il s'agisse de populations natives ou de migrants (MORGAN 1981).

I. 2 Principaux déterminants de la santé mentale des migrants

Plusieurs facteurs sont évoqués par les spécialistes pour expliquer les liens complexes entre la mobilité et la santé mentale. L'essentiel de ces variables renvoie à la présence ou l'absence d'intégration sociale, de réseaux sociaux d'interaction et de support auxquels les individus ont ou non accès dans la société d'accueil (BOZZINI 1985). Cependant, l'absence d'un cadre théorique bien défini, comme support de base dans la collecte des données d'enquêtes, constitue selon MORISSON, (1973), une des principales lacunes des études sur les déterminants de la santé des migrants. Pour y pallier, l'auteur suggère un cadre analytique qui tente de prendre en compte la dynamique entre la migration et la santé à travers une dizaine de variables intermédiaires présentées dans le tableau suivant.

TABLEAU I : INTERMEDIATE VARIABLES FOR THE RELATIVE STATE OF MENTAL
HEALTH/ILLNESS OF THE MIGRANT

VARIABLES OPERATING PRIOR TO MIGRATION

- 1-Personality of migrant
- 2-Life experiences
- 3-Culture background
- 4-Reason for leaving old environment
- 5-Reason for moving to new location

VARIABLES OPERATING DURING MIGRATION

- 6-Stress of move

VARIABLES OPERATING AFTER MIGRATION	Mental health/ Illness of migrant
7-Attitude of environment to migrant	
a) state policy	
b) pressure to acculturate	
c) economic opportunity	
8-Homogeneity of immediate environment	
9-Fulfilment of expectations and aspirations	
10-Personality of migrant.	

Par ailleurs, dans sa revue de documents de référence (CANADA 1988), le groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des migrants et des réfugiés au Canada, retient un ensemble de variables susceptibles d'avoir des incidences sur la santé mentale des migrants, variables sensiblement identiques à celles énumérées par MORISSON. Celles-ci peuvent être regroupées en trois grandes catégories:

- Les variables socio-démographiques: le sexe, l'âge du migrant au moment de la migration, ses antécédents socio-culturels ;
- Les informations relatives aux conditions de départ: le stress préémigratoire, la composition de la famille, les attentes concernant l'avenir ;
- Les variables post-migratoires: l'accueil de la société hôte, la situation socio-économique acquise, la composition de la collectivité d'accueil, la durée de séjour.

Cependant les relations très étroites qui existent entre ces différentes variables rendent difficile la distinction claire de l'apport de chacune dans la naissance ou l'aggravation des troubles mentaux chez les migrants. C'est sur la base d'une telle constatation que HULL (1979) se pose la question de savoir: "If migrants do in fact have higher mental hospitalization rates, is it because the migration experience itself is stressful; because the conditions at destination are unfavorable, or because the mentally ill or those more at risk for mental illness are more likely to migrate?".

Par ailleurs, on constate que la plupart des études privilégient au départ certaines variables. Ainsi dans son modèle, MORISSON place la variable "personality of migrant" à la fois au niveau des variables agissant lors de la décision de migrer et celles intervenant une fois la migration réalisée. L'auteur entend ainsi mettre l'emphase sur les liens entre cette variable et les autres. D'autres chercheurs ont insisté sur le rôle prépondérant que joue la situation socio-économique acquise sur la santé des migrants (WOOD 1988, HULL 1979, TELLER 1972).

Une variable liée à la fonction économique acquise par le migrant dans le milieu d'accueil, et très souvent évoquée dans la littérature, est celle que MOUNIER (1976) a nommée "la distance entre le rêve et la réalité". Evoquant les problèmes d'ajustement des migrants maghrébins en France, l'auteur fait remarquer que la distance entre leurs attentes et espoirs et la réalité quotidienne à laquelle ils étaient confrontés, était tellement grande que le pays d'accueil devenait finalement pour eux un pays d'exil. Chaque jour qui passait les persuadait de l'impossibilité de réaliser leur rêve de départ.

Des conclusions allant dans le même sens ont également été avancées par BAR-YOSEF (1968) dans une étude portant sur l'intégration des immigrants dans la société israélienne. Dans son analyse du processus d'adaptation des migrants qui, selon l'auteur est conçu comme un équilibre dynamique de dé-socialisation et de re-socialisation, BAR-YOSEF constate que les attentes des migrants au plan de l'environnement matériel représentent une part importante dans la programmation de la période pré-migratoire. Les migrants espèrent souvent trouver en ville "a sudden and miraculous raise of their standard of living". Et l'image qu'ils se font sur le sens de leur migration "the desert versus the milk and honey expectation" explique bien l'état de déprime et d'anxiété dans lequel ils se retrouvent lorsque les attentes ne se réalisent pas ou tout simplement tardent à le faire.

Il faut tout de même remarquer que malgré l'étendue de cette littérature, menée surtout par les épidémiologistes et autres spécialistes des sciences médicales, peu de place a été accordée à la définition de certains concepts clés employés: migration, état de santé, acculturation, modernisation, stress, etc (CRAIG 1986).

Conclusion partielle

Au terme de ce rapide survol de la littérature consacrée à la santé mentale des migrants, on est tenté de conclure que l'on reste quelque peu sur sa faim. En effet, malgré le nombre important d'études ayant traité du sujet, peu de progrès tangibles ont été réellement enregistrés au niveau de la connaissance de cet aspect des liens entre la santé et la migration. Plusieurs raisons seraient à l'origine d'une telle situation. D'abord l'hypothèse de base sur laquelle se sont fondées les premières études, et qui voulait inévitablement associer la migration à des troubles psychologiques, avait surtout été conçue par des théoriciens ségrégationnistes (CHAMPION 1968). Ils avaient tous pour point de départ une opinion générale affirmée sans base scientifique: "celui qui avait décidé d'émigrer était nécessairement sinon un malade mental, du moins un déséquilibré constitutionnel" (DIERKENS 1969). De plus la complexité même de chacun des deux phénomènes que l'on met en relation rend particulièrement ardue la tâche aux chercheurs. En effet la grande diversité des variables en cause, l'importance des facteurs de conjoncture, les difficultés méthodologiques auxquelles se heurtent les chercheurs, les outils d'analyse sont autant de facteurs susceptibles de conduire à des conclusions trop hâtivement formulées.

Néanmoins, les théories et résultats, quoique quelque peu polémiques, ne doivent cependant pas cacher l'existence réelle d'une sur-représentation relative des fractions "transplantées" au sein de la population psychiatrique.

CHAPITRE II: LES MIGRATIONS RURALES URBAINES: CONSEQUENCES DE LA MIGRATION ET DE L'URBANISATION SUR LA SANTE

II.1 Ampleur et nature des phénomènes

La migration rurale urbaine, par son intensité, son ampleur et les conséquences socio-économiques et démographiques qu'elle engendre, constitue un des phénomènes les plus importants auquel tous les pays font face depuis quelques décennies. Si pour les pays industrialisés ces mouvements semblent plus ou moins s'estomper, il en va autrement en Asie du Sud, en Amérique latine et en Afrique où la migration vers les villes, phénomène en grande partie responsable de l'explosion urbaine (près de 50% de la croissance urbaine serait attribuable à cette migration), demeure encore très prononcé. Aussi, pour ce type de mobilité, il sera essentiellement question de la situation dans les pays en développement.

Pour nombre d'auteurs, l'urbanisation offre l'unique opportunité d'étudier les effets des changements complexes intervenant dans les sociétés en développement (MYERS 1969, YACH et al. 1990). Pour tous les chercheurs en sciences sociales et biomédicales, l'étude des relations entre urbanisation et santé définit un éclairage original sur la société (SALEM 1989). Les transformations en question incluent à la fois la croissance rapide de la population, sa forte concentration géographique, les mouvements des populations rurales vers la ville, les nombreuses circulations à l'intérieur des différents quartiers de la ville, les changements subis par l'environnement physique (la pollution, la saleté, la misère). D'autres éléments non moins importants sont également à associer aux transformations résultant du phénomène de l'urbanisation: changements socio-culturels, changements dans les pratiques, la qualité et la quantité des soins de santé. Toutes ces transformations ont à la fois des effets bénéfiques et négatifs sur la santé des populations concernées par le phénomène.

Il n'est peut être pas superflu de rappeler à ce stade un des problèmes méthodologiques auquel il est difficile de se soustraire quand on étudie les problèmes de l'urbanisation dans les pays du Tiers-Monde. Il s'agit de la définition même que l'on donne à la zone urbaine. L'OMS, par exemple, retient comme centre urbain, les agglomérations satisfaisant au seul critère d'une taille minimale de la population (20 000 habitants et plus). D'autres chercheurs ou institutions se limitent à une ou plusieurs combinaisons de critères tels la densité d'habitants au km², des critères économiques (agriculture versus industrie), des critères de fonctionnalité (disponibilité des services essentiels de base: eau, électricité, commerce, administration, services de santé etc). Or, la plupart des zones péri-urbaines manquent totalement de ces infrastructures de base. Il est dès lors important de prendre conscience des limites des critères souvent utilisés dans la définition de l'urbain (MARCOUX 1989). L'utilisation de ces critères a conduit à caractériser le milieu rural de zone d'habitat

à faible densité humaine, avec un bas niveau de pollution, un faible accès à l'eau sans système sanitaire, ni système du tout-à-l'égout, avec des taux élevés de sous-emploi et de pauvreté. Au contraire, la ville est supposée disposer de toutes les infrastructures. Cette dichotomie simpliste occulte la triste réalité des zones péri-urbaines, où les conditions de vie sont parfois pires que celles du milieu rural (YACH 1990). S'exprimant en tant que géographe de la santé, SALEM (1989), suggère qu'en ville, où les distances n'existent pas vraiment, où le tracé des frontières/limites est particulièrement arbitraire, les géographes doivent inventer de nouvelles méthodes pour apprécier la dimension spatiale des faits de santé.

II.2 Conséquences sanitaires de la migration et de l'urbanisation

Dans une étude sur les impacts de la migration rurale urbaine et de l'urbanisation rapide que connaissent généralement les pays en développement, MYERS (1969), propose un cadre d'analyse pour une compréhension globale et meilleure du phénomène. Dans son modèle, l'auteur retient quatre groupes de facteurs pouvant affecter autant les populations d'accueil que les migrants eux-mêmes. Il s'agit des facteurs de sélectivité, des facteurs de transmission, des facteurs d'exposition et d'adaptation des migrants.

II.2.1 Facteurs d'exposition et de transmission

Dans l'ensemble, les villes du Tiers-Monde, déjà très peu préparées à assurer à leurs propres habitants des conditions de vie adéquates en matière d'hygiène et de logement, se sont avérées incapables à satisfaire les besoins de base des masses de populations qui y déferlent sans cesse. Dès lors les migrants nouvellement établis en ville, s'exposent à des conditions de vie différentes à la fois de celles de leur milieu d'origine et du reste de la ville d'accueil. Selon MYERS (1969), c'est particulièrement à travers les conditions environnementales extrêmement pauvres des zones péri-urbaines où viennent s'installer les migrants que l'on peut aisément appréhender comment opèrent les facteurs liés à l'exposition aux maladies et à leur mode de transmission.

II.2.1.1 Les conditions d'habitat et d'hygiène

Au niveau du logement, les vagues de migrants, après un séjour plus ou moins long et itinérant en ville, rendu possible grâce à leur réseau de parenté, cherchent une solution vers les terrains périphériques. L'installation sur un terrain périphérique est une manière de se créer un patrimoine et un minimum de sécurité. Ce mode d'établissement dans la périphérie, loin des lieux de travail, des équipements médicaux et des axes de communication prédomine dans nombre de villes du Tiers-Monde (NUNEZ 1984). La moitié de la population de Calcutta, un tiers de la population urbaine de Mexico et la plupart des citadins en général et des migrants en particulier vivent dans de telles conditions.

Bien que ses relations avec la transmission de maladies soient un phénomène assez complexe dans lequel interviennent de nombreux autres facteurs (CASSEL 1971), il n'en demeure pas moins que la très forte densité de l'habitat, de même que les contacts sociaux assez fréquents, favorisent de manière significative les opportunités de transmission des maladies infectieuses, principales causes de décès dans les zones d'établissement des migrants (BENYOUSEF 1974). Les facteurs de risque de maladies considérés comme prioritaire sont ceux liés à l'approvisionnement en eau potable, et à l'évacuation des eaux usées et des déchets solides.

II.2.1.2 Systèmes d'assainissement et d'approvisionnement en eau

L'absence de système efficace de canalisation des eaux de surface ou d'enlèvement des ordures ménagères demeurent une des principales caractéristiques de nombre de villes du Tiers-Monde. Là, l'approvisionnement en eau potable constitue sans nul doute un des indicateurs les plus révélateurs des inégalités à l'intérieur de l'espace urbain. En effet, dans les zones dites résidentielles (quartier moderne, plateau, centre ville) des bornes fontaines et des jets d'eau illuminés arrosent les espaces verts des places publiques en guise de décoration pour le grand plaisir des visiteurs. Pendant ce temps, pour la grande majorité de la population entassée dans les quartiers les plus pauvres de la ville où les adductions d'eau sont totalement inexistantes, l'approvisionnement en eau potable représente une véritable corvée. En saison d'hivernage, la récupération des eaux de ruissellement à partir des toits en tôles ondulées des maisons représente un type d'approvisionnement en eau, assez courant malgré tous les risques de maladies qu'il comporte. Face à de telles conditions, l'utilisation de mesure simple tel le taux de prévalence de maladies pour illustrer l'état de santé des populations urbaines, masque des variabilités intra-urbaines importantes dans la distribution des maladies dans l'espace "urbain" pris globalement (YACH 1990). Le tableau II illustre bien les inégalités entre les différentes zones de résidence du point de vue de la densification mais surtout au niveau des conditions d'hygiène: l'adduction en eau potable, dans l'habitat défavorisé et l'évacuation des eaux usées ainsi que celle des excréta (ANTOINE 1987).

Les résultats d'une enquête réalisée à Dakar au Sénégal portant sur les relations entre le mode d'urbanisation et la transmission du choléra montrent que seulement le tiers des maisons des personnes touchées par la maladie disposait d'un système tout à l'égout. Le réseau d'égout de la ville reste très aléatoire: des canalisations bouchées, des égouts à ciel ouvert, des latrines domestiques le plus souvent dans un état d'hygiène et de fonctionnement totalement défectueux (COLL et al. 1989). Non loin de là, Bamako, une ville de près de 650 000 habitants et qui annuellement

déverse près de cent milles tonnes d'ordures ne parvient à enlever qu'un peu plus du tiers des déchets. Au plan de l'assainissement, la ville ne possède pratiquement aucun système tout à l'égout ni autres équipements collectifs (FARGUES et OUAIDOU 1988).

Il apparaît donc qu'en termes de conditions de l'environnement physique en général, les migrants connaissent en ville, des situations de qualité de vie inférieure à celles dans lesquelles ils ont vécu jusque là dans leurs lieux de départ, et à celles des autres parties de la ville (MYERS 1969). Sur le dernier aspect, VEHASSELT (1985) fait remarquer que l'explosion urbaine dans les pays tropicaux a crée des conditions écologiques favorables pour le développement de maladies endémiques, particulièrement celles engendrées par les moustiques. Selon le même auteur, cette situation est particulièrement frappante dans les quartiers périphériques où s'établissent généralement les migrants d'origine rurale dont la résistance contre les parasites de type urbain est assez faible dans les premières années d'installation.

Les données sur la mortalité constituent un autre indicateur des inégalités entre les types de résidence urbaine. Une analyse plus fine de ces données fait ressortir des inégalités intra-urbaines très marquées au plan de la santé des populations. Ainsi dans le cas de la ville d'Abidjan, ANTOINE (1985) relève des différences de niveaux de mortalité infantile et juvénile très prononcées entre les types d'habitat: alors que le niveau de mortalité juvénile des populations de l'habitat de type sommaire est de six fois supérieure à celui des résidents de l'habitat de standing au niveau de mortalité proche de celui des pays européens à cette époque. En somme, la probabilité de mourir entre 1 et 4 ans serait de 15 fois supérieure dans l'habitat sommaire que dans l'habitat résidentiel (ANTOINE 1985).

Evoquant la transition épidémiologique ⁽³⁾ que connaissent présentement nombre de villes du Tiers-Monde, SALEM (1989) rappelle qu'au travers d'exemples de l'Inde et d'Afrique, les chercheurs ont abondamment illustré les originalités urbaines du paludisme.

³ Ces villes cumulent les classiques pathologies infectieuses et parasitaires (bilharziose, malaria, typhoïde, choléra) des pays sous-développés avec les pathologies dites modernes des pays développés (maladies chroniques, maladies sexuellement transmissibles, maladies mentales, etc...)

TABLEAU II: Indicateurs d'hygiène et type d'habitat à Abidjan

	Habitat Standing	Habitat Economique	Habitat de cour	Habitat sommaire
Densité habitant/hectare	45 à 55	420 à 480	460 à 610	800
Proportion de WC à l'intérieur du logement	100 %	100 %	9 % locataire 18 % propriét.	3 %
Eau courante à l'intérieur du logement	100 %	98 %	22 %	9 %
Consommation d'eau potable litre/jr/hab.	402	80	65	25

Source: ANTOINE Ph., 1985, p. 102.

II.2.2 Autres facteurs de risque

Pour illustrer l'impact du facteur d'adaptation sur la santé des populations, certains épidémiologistes ont souvent privilégié les études comparatives sur la santé mentale des populations migrantes et autochtones tandis que d'autres ont surtout abordé le problème sous l'angle des conséquences sur les maladies cardiaques (SYME 1964). ces derniers ont souvent montré l'existence d'une association entre ce type de mobilité et une augmentation de la pression artérielle des populations. Ainsi dans une intéressante étude réalisée en Iran, NADIM (1978) et son équipe de recherche ont tenté de vérifier cette hypothèse. A partir d'un échantillon rural de 379 sujets de l'Est d'Azerbaïdjan, et d'un échantillon urbain de 1049 résidants de la ville de Téhéran (plus de 4 millions d'habitants en 1978) dont 357 de non-migrants, 403 de migrants originaires de la région d'Azerbaïdjan, et 289 provenant d'autres endroits du pays, l'équipe a procédé à une investigation socio-démographique et à certains examens médicaux en vue de mesurer le niveau d'hypertension chez ces différentes sous-populations. Après contrôle de l'influence des variables telles l'âge et le sexe, les résultats comparatifs des trois groupes de populations (migrants, non-migrants de la région d'Azerbaïdjan, autochtones de la ville de Téhéran) montrent que pour tous les groupes d'âge et selon le sexe, les migrants de quelque origine qu'ils soient, présentent des taux de systolic, et de distolic

ainsi que des tensions artérielles nettement plus élevées que ceux de leurs compatriotes restés en campagne. cependant, en ville, contrairement à la plupart des conclusions (SYME 1964), aucune différence significative n'a été observée sur les niveaux de pression des migrants et des autochtones.

Parmi les facteurs avancés dans l'explication de ces résultats, les auteurs retiennent, outre l'effet de sélection (⁴), les difficultés d'adaptation à un environnement urbain où prédomine un style de vie stressant, et où les habitudes de consommation alimentaires (sel, sucre, tabac) favorisent davantage l'augmentation de la tension artérielle. Les transformations des conditions de la vie urbaine seraient si rapides que même les populations natives de la ville ne parviennent point à s'y adapter.

Conclusion partielle

Nous admettons avec certains auteurs cités que les migrations rurales-urbaines de même que l'urbanisation, constituent des champs de recherche intéressants pour la compréhension des transformations socio-économiques qui s'opèrent dans les pays en développement en général, et les relations entre la migration et la santé en particulier. mais, faute d'investigations empiriques spécifiques sur ces questions, on s'est davantage appesanti sur les problèmes de santé liés à l'urbanisation. En effet, mise à part celle de TELLER (1972) aucune des études mentionnées ne porte, de manière directe, sur les liens entre la migration et la santé, particulièrement au niveau des retours. Dès lors, les conclusions tirées de ces analyses ne peuvent qu'être quelque peu descriptives et parcellaires. Quoique, certaines études laissent supposer l'existence de taux de prévalence de maladie, plus élevés chez les migrants qu'au sein de la population autochtone. De plus au travers des inégalités intra-urbaines que l'on observe au niveau des conditions d'habitat et d'hygiène de la ville, on peut affirmer que les migrants représentent un sous-groupe de populations à haut risque de maladie.

⁴ On peut toutefois poser la question de savoir si ces différences reflètent des prédispositions à la maladie que possèderaient les migrants sous l'effet de la sélection ?

Pour légitimer son discours sur la nécessité d'une approche pluridisciplinaire, SALEM (1989) avance qu'il se trouve qu'aucune discipline (à elle-seule) n'est vraiment armée pour étudier le thème urbanisation et santé dans le Tiers-Monde. Enfin, l'étude des interrelations entre la migration et la santé suppose que l'on puisse disposer d'abord de données sur l'état de santé et des conditions socio-économiques entourant le départ des migrants, ensuite de pouvoir procéder à la réévaluation de celles-ci une fois prise la décision de migrer et avant la migration, et enfin après la migration autrement dit à l'arrivée des migrants en ville. Un tel suivi des différentes étapes du processus d'adaptation sous toutes ses formes suggère évidemment que l'on adopte une approche longitudinale afin de saisir tous les changements qui interviennent au niveau de la santé des populations impliquées dans le processus migratoire.

CHAPITRE III: LES MIGRATIONS INTERNATIONALES

Une abondante littérature a été consacrée aux aspects socio-économiques et politiques de cette forme de mobilité particulièrement lorsqu'il s'agit de mouvements de populations des pays du Tiers-Monde vers les pays industrialisés. En effet, pour relever leur économie des ruines de la seconde guerre mondiale, et relancer leur développement industriel, les pays nantis, ont aussitôt fait appel à la main d'oeuvre étrangère dans des proportions importantes. Mais depuis quelques décennies, ce sont surtout "les lourds problèmes d'ordre démographique, culturel, et surtout économique sans oublier les nombreux aspects pathologiques dont l'importance est considérable, que posent la présence de cette main d'oeuvre aux pays d'accueil qui retiennent l'attention de certaines institutions et hommes politiques de ces pays (colloque belge sur les conditions de vie et de santé des migrants 1969).

Déjà à la fin des années soixante dix, les estimations les plus conservatrices évaluaient à près de dix millions le nombre de personnes, en provenance du Tiers Monde qui se sont établies en Europe ou dans le continent Nord Américain (W.H.O. 1984). Plus récemment, le P.N.U.D (1990) a estimé entre 40 à 50 millions le nombre de personnes qui se sont déplacées dans l'espoir de bénéficier d'une part accrue des fruits du développement mondial et cela malgré que les pays traditionnels d'accueil aient adopté des mesures pour freiner l'afflux de ces migrants.

Quoique très peu documentée, la migration Sud-Sud, n'en continue pas moins, elle aussi de poursuivre sa nette progression. Et ce, depuis que les pays du Nord ont intensifié les mesures de restriction contre la revue des migrants originaires du Sud mais surtout à cause de l'appauvrissement et l'instabilité sans cesse croissants de cette région. Les relations entre ce type de mobilité et la santé sont souvent abordées selon trois principales approches, que l'on pourrait par ailleurs appliquer aux autres types de migrations. Il s'agit, en plus de l'approche dite d'adaptation (objet du chapitre I), de l'approche dite d'acquisition des maladies par le biais de la mobilité; et de celle dite de diffusion, qui elle, s'intéresse à la façon dont les migrants pourraient constituer des agents de transmission de certaines maladies dont ils seraient porteurs au moment de leur arrivée dans le pays d'accueil.

III.1 La pathologie d'apport

Dans les pays du Nord, les immigrés en provenance des régions en développement ont souvent été considérés comme des agents porteurs de maladies exotiques graves. Il y a seulement une vingtaine d'années, un éminent docteur belge, spécialiste de la sociologie médicale, affirmait que la plupart des travailleurs étrangers qui viennent chercher un emploi dans les pays prospères d'Europe occidentale proviennent de régions dont la situation

économique, épidémiologique et sanitaire est moins bonne que celle qui prévaut dans les pays d'accueil. Et l'auteur de poursuivre, qu'on peut logiquement penser que la santé des candidats à l'immigration est insatisfaisante et qu'il est nécessaire tant pour éviter au migrant les risques d'évolution d'une affection ignorée que pour préserver la population d'accueil de la dissémination de maladies importées, d'instaurer, avant le départ des contrôles sérieux (GRAFFAR 1969). De nos jours, cette idée, sans aucun fondement scientifique est tout de même quelque peu démythifiée. Certes, la pathologie d'importation existe toujours, mais outre que son importance diminue continuellement, cette pathologie est aisément dépistée et traitée. GENTILINI (1986) précise à ce propos, que la plupart des maladies qu'englobe cette pathologie, ne peuvent pas se répandre dans les pays du Nord; pour plusieurs raisons:

- Leur incidence sur les migrants eux-mêmes est très limitée,
- Leur traitement est presque toujours connu et efficace,
- La population d'accueil possède un niveau de santé qui la défend bien contre les maladies transmissibles,
- Les conditions de l'hygiène publique, de même que le biotype de ces pays bloquent l'éventuelle diffusion des maladies transmissibles et ne permettent pas la survie des agents pathogènes spécifiquement tropicaux transmissibles.

Les groupes de populations les plus à risque pour cette pathologie sont essentiellement les femmes et enfants rejoignant les migrants, dans le cadre du regroupement familial, ainsi que les travailleurs revenant d'un séjour au pays d'origine. Les maladies dont souffrent généralement ces populations à leur arrivée dans les pays d'accueil sont: les parasitoses intestinales chez les enfants, la tuberculose et l'hépatite B. Mais c'est sans aucun doute le paludisme qui représente le plus grave danger pour les migrants de retour. En effet suite à leur séjour plus ou moins long à l'extérieur, ces migrants perdent l'immunité acquise qui les protégeait.

III.2 La pathologie acquise

Il s'agit des maladies acquises sur les lieux d'accueil par la population immigrée. En plus de "la pathologie strictement mentale et comportementale due à la migration", les autres maladies de la pathologie acquise sont surtout dominées par la tuberculose, les affections sexuelles et l'hypertension artérielle.

III.2.1 Facteurs responsables

Les facteurs de risque de ce groupe de maladies sont comme on peut l'imaginer très nombreux. Ils concernent autant le logement, que les conditions de travail pénibles et le chômage qui affecte plus sévèrement les populations immigrées.

III.2.1.1 Conditions de logement et de l'environnement

Par rapport à ceux des autochtones, les logements des migrants se caractérisent généralement par un surpeuplement et des conditions de confort minimales. En France, REINERT (1972), relève chez les migrants, une densité moyenne par pièce d'habitation de 3,5 personnes. Plus de la moitié des familles d'immigrés vivent à plus de 5 dans une même pièce. Dans nombre de ces logements, prédominent, outre l'insalubrité et l'insécurité, une grande précarité et un caractère presque toujours provisoire. L'exiguïté du logement est à l'origine de certaines manifestations pathologiques dont les migrants souffrent assez fréquemment. Parmi ces maladies, les cas d'anémie, la tuberculose, les infections respiratoires et autres intoxications par absorption des produits ménagers sont d'une plus grande fréquence.

Evoquant la précarité de leur habitat, GENTILINI (1986) mentionne que les étrangers les plus défavorisés ne peuvent qu'aller d'habitats "spécifiques" en habitats "spécifiques" au fur et à mesure de la résorption des bidonvilles ou des quartiers insalubres; sans jamais que leur représentation dans les logements adéquats ne soit proportionnelle à leur poids démographique. Par ailleurs, dans certaines villes d'accueil, la concentration des populations étrangères dans des quartiers spécifiques contribue fortement à la dévalorisation de ces cités et à l'exacerbation des nombreuses difficultés de co-habitation entre populations étrangères et autochtones. Abondant dans le même sens, GILON (1969) affirme qu'en Belgique, c'est dans les quartiers à taudis insalubres des grands centres urbains, dans les cantines privées où le manque d'hygiène et l'immoralité sont de règle, que l'immigrant prend son premier contact avec la "civilisation belge". Toujours en Belgique, LACROIX (1969), pourtant peu aimable à l'égard des immigrants, reconnaît que de nombreuses cités situées dans les divers bassins houillers, dont la plupart étaient d'anciens camps de prisonniers de la dernière guerre, ont été réservées uniquement pour loger les travailleurs étrangers.

Au milieu des années 60, la Belgique qui s'inquiétait beaucoup des problèmes posés par la tuberculose des ouvriers migrants a conduit une enquête visant à voir l'influence que l'immigration pouvait avoir sur l'épidémiologie de cette affection dans ce pays (MILLET 1969). Les données utilisées provenaient des dispensaires antituberculeux, des sénatoriums et de certains services de la médecine infantile. Au niveau des dispensaires, pendant toute la période d'observation (3 années), 617 immigrés de sexe masculin et 170 du sexe féminin ont fait l'objet d'une inscription en raison de lésions actives. La classification des malades selon le délai écoulé entre leur entrée en Belgique et le moment où la tuberculose a été diagnostiquée montre que pour les hommes, 17% ont présenté des lésions tuberculeuses moins d'un an après leur entrée en Belgique, contre 30% chez les femmes. A ceux qui étaient tentés d'objecter qu'un certain nombre de ces sujets étaient probablement

porteurs de lésions cliniques au moment d'entrer en Belgique, les auteurs de l'étude objectent que si la première année apparaît comme étant le moment le plus favorable pour l'éclosion de la tuberculose, c'est beaucoup plus l'acclimatation aux nouvelles conditions de vie et de travail qui doit être incriminée plutôt qu'un état pathologique préalable.

Plus récemment, une étude sur la tuberculose et les étrangers en France (BOURDILLON et CANDAU 1985) montre que, malgré une nette régression (54%... en 1972 contre 26%... en 1980), l'incidence de la maladie dans la population étrangère est entre 5 à 8 fois plus forte que dans la population française. L'étude révèle que des facteurs tels que le logement, l'alimentation, la pénibilité du travail, l'environnement sont directement liés à l'éclosion et au développement de la tuberculose, maladie avant tout sociale. Les auteurs rappellent que les foyers sont des lieux propices au développement de la maladie, à cause de l'exiguité, le surpeuplement et la promiscuité.

III.2.1.2 Emploi et niveau économique

Dans l'ensemble le niveau socio-économique des migrants se situe nettement en deçà de la moyenne des nationaux. Or le statut socio-économique est probablement le facteur le plus discriminant dans l'étude des liens entre la migration et la santé (HULL 1979). Leur faible niveau d'instruction, la non qualification et parfois la méconnaissance de la langue locale, confinent un grand nombre de migrants dans les tâches les plus dures, les plus insalubres et le plus souvent les moins bien payées (industrie, bâtiment et travaux publics, secteur tertiaire). Plus des 4/5 de la population active étrangère en France appartiennent au groupe ouvriers. On estime que 80% des travailleurs "postés" sont des migrants (BOURDILLON 1991). Ces conditions de travail nettement plus défavorables que pour les nationaux, exposent les migrants à de nombreux accidents de travail très souvent non déclarés par les victimes par méconnaissance du droit ou par peur du licenciement économique. En 1986, les données statistiques de la Caisse d'Assurance Maladie révélaient une fréquence d'accident de travail plus grande chez les étrangers. Dans le secteur métallurgique où près de 9% des effectifs sont constitués d'étrangers, la proportion d'accidents de travail chez les étrangers s'élevait à 13,4% dont plus de 17% avec incapacité permanente. Au niveau du bâtiment et travaux publics, secteur constitué à près de 21% de migrants, on enregistrait à la même époque 26% d'accidents de travail chez ces étrangers dont plus de 33% avec incapacité permanente.

III.2.2 Les groupes les plus à risque

Depuis quelques années, le visage de la migration des populations des pays du Sud vers les pays du Nord s'est beaucoup modifié. Alors qu'avant, il s'agissait essentiellement d'une migration de main d'oeuvre ne concernant que des jeunes hommes en pleine possession de leurs capacités physiques, le regroupement familial conjugué aux mesures restrictives sur la migration de main d'oeuvre ont fait évoluer ce type de mobilité vers une immigration de peuplement (BOURDILLON 1991). Dès lors la triade classique de pathologie d'apport, d'acquisition et d'adaptation jusque là utilisée pour caractériser les problèmes de santé liés à la migration doit elle même évoluer pour tenir compte des nouveaux problèmes de santé. En effet, même si l'ensemble des migrants sont exposés au facteur de risque que constitue la migration elle-même et les bouleversements et remises en question qu'elle engendre, certains groupes spécifiques nés du regroupement des familles semblent davantage vulnérables aux risques de maladies que les hommes adultes. Parmi ceux-ci, les femmes, les enfants et les personnes âgées sont les plus affectés (W.H.O. 1984).

Certes les données sur la mortalité et la morbidité des migrants sont rares, et souvent sous-estimées, mais, il demeure que la mortalité générale des étrangers est supérieure à celle des nationaux, particulièrement pour les groupes pré-cités. Le taux d'hospitalisation des enfants étrangers reste généralement plus élevé que pour le reste de la population. Les accidents domestiques (intoxications, brûlures) constituent les principaux motifs d'hospitalisation des enfants migrants. En France, BRUCKER (1989), estime à 147% la surmortalité des garçons étrangers de 1 à 14 ans et 115% pour ceux de 15 à 24 ans.

III.3 Quelques conséquences sur les pays de départ

Malgré leur importance, les impacts de la migration sur la santé des populations des pays de départ représentent un des aspects du processus migratoire totalement ignorés. GRAFFAR (1969) exprime ouvertement un point de vue, que partagent nombre de ressortissants des pays industrialisés, lorsqu'il dit que les pays qui exportent leur main d'oeuvre y gagnent une diminution du chômage endémique, des rentrées importantes de devises précieuses sous forme de salaires économisés, une certaine formation professionnelle, qui cependant ne trouvent pas à s'employer lorsqu'ils rentrent dans leur pays d'origine. Une telle affirmation occulte les nombreuses conséquences négatives de la migration internationale sur les zones de départ. Le migrant est "accepté" dans le pays d'accueil tant qu'il est bien portant. Le jour où il ne travaille plus, il n'a plus sa raison d'être dans ce pays (BRIOT et VERBUNT 1981). Dans une recherche menée dans le Sénégal Oriental visant l'étude de la relation entre le statut migratoire du père et la mortalité des enfants restés au pays, SOW (1990) montre que contrairement à l'effet positif attendu de la disponibilité des

transferts de revenus des pères émigrés à leur famille, la mortalité des enfants au niveau des trois premières années de vie demeure très élevée et ce, quelque soit le statut migratoire du père (résident ou émigré): le quotient de mortalité entre la naissance et 3 ans se situait à 239,6 et 278,2 pour mille, pour les enfants d'émigrés et de résidents respectivement. De plus, la mortalité infantile s'avérait plus élevée pour les enfants dont le père était encore résident. Les effets de la migration sur la santé des populations que les migrants laissent derrière eux ne sont pas toujours aussi reluisants que ne le laisse croire GRAFFAR.

Conclusion partielle

Les migrations internationales entre pays en développement sont probablement beaucoup plus importantes que celles à destination des pays industrialisés, particulièrement au regard des conséquences sur la santé. Malheureusement, nous n'avons pu disposer d'aucune littérature traitant de ces migrations. Et même au niveau des pays industrialisés, mises à part les rares données sur les conditions de logement et de travail des migrants (encore que là il s'agit de statistiques dérivées de sources administratives, avec tous les risques de sous déclaration des clandestins, des travailleurs au "noir"), on note une absence d'enquêtes suffisamment approfondies pour élucider les raisons entre la migration et la santé. C'est surtout le sujet de l'adaptation des migrants su pays d'accueil et les "inconvénients" de tous ordres que cause leur présence aux populations autochtones qui semblent davantage retenir l'attention des chercheurs.

CHAPITRE IV : LES MIGRATIONS RURALES-RURALES

Quoiqu'ayant retenu assez peu l'attention des spécialistes, les déplacements des populations à l'intérieur de l'espace économique et géographique rural demeurent néanmoins très importants. Ce type de mobilité englobe autant les mouvements des travailleurs agricoles vers des zones d'agriculture salariée ou non, que les départs pour cause de mariage, ou tout simplement les déplacements liés aux activités quotidiennes de la famille : la recherche du bois de chauffe, la surveillance des animaux, la pêche, etc, (GREGORY et PICHE 1986). A chacune de ces formes de déplacements s'associent des problèmes spécifiques de santé pour les populations concernées.

Dans la première partie de ce chapitre, on présente la migration rurale-rurale en tant que facteur important dans l'augmentation de la fréquence de certaines épidémies particulièrement dans les pays en développement. Ensuite, on évoque les problèmes de santé liés aux déplacements de population dans le cadre des projets de développement agricole dans les pays du Tiers-Monde. Il sera également question de la situation sanitaire des travailleurs agricoles, principalement des U.S.A et de leurs pays voisins, qui migrent périodiquement vers les grandes exploitations agricoles.

IV.1. Migrations rurales et vecteurs de maladies

Pour expliquer l'augmentation de la fréquence des poussées endémiques de la maladie du sommeil à la fin du XIXème siècle et dans les premières décades du XXème en Afrique, ou la propagation de la malaria sur le continent ou ailleurs dans d'autres régions en développement, les auteurs ont souvent invoqué les déplacements de populations dans les régions rurales (PROTHERO 1963, VELEZ 1984, KONDRAKIN et ORLOV 1989). Evoquant les nombreuses voies à travers lesquelles ces mouvements de populations peuvent favoriser la transmission de maladies, VELEZ retient :

- l'augmentation parfois drastique de densité de population sur des aires d'habitations limitées,
- la transplantation de maladies antérieurement confinées dans des zones et des communautés spécifiques à des populations peu préparées ou totalement démunies pour y faire face,
- l'augmentation des opportunités de domestication d'insectes et autres agents antérieurement de nature sauvage qui ensuite deviennent des vecteurs importants de maladies.

A ce stade ou ne peut ne pas évoquer le remarquable travail précurseur accompli par PROTHERO, un des scientifiques qui s'est le plus penché sur les relations entre la mobilité humaine et la santé dans les pays en développement en général, et en Afrique en particulier, dans ses nombreuses recherches portant sur les liens entre migrants et malaria, qui certes, datent pour l'essentiel d'une toute autre époque mais qui demeurent encore recevables⁽⁵⁾, (PROTHERO (1963), 1965, 1977, 1984, 1989). S'appuyant sur des études de cas menées dans toutes les grandes régions climatologiques et environnementales du continent africain, cet auteur a tenté avec succès d'élucider la nature à la fois évidente et complexe des relations entre les diverses formes des mouvements des populations rurales et l'apparition et la propagation de la malaria. A ce chapitre, les études menées dans le cadre du projet de contrôle et d'éradication de la malaria mis en place dans la partie occidentale de la Province de Sokoto au Nigéria sont assez révélatrices de la nature de ces liens. Après deux ans d'application intensive d'insecticides, les responsables du projet concluaient que les résultats obtenus étaient largement positifs. Non seulement les taux de morbidité de la malaria avaient entamé une nette baisse dans la zone couverte, mais il s'en était également suivi une augmentation substantielle de la productivité agricole, conséquence de l'amélioration de la santé des populations, mais, ce succès sera de courte durée. C'est qu'en fait, malgré qu'on continuait de déverser les pesticides, les techniciens du projet n'avaient pris aucune mesure pour tenir compte des mouvements périodiques d'allers et retours des travailleurs agricoles saisonniers, et des Fulani pasteurs de la région, et ce, à la veille de chaque saison pluvieuse. Ainsi, après quelques années de fonctionnement du projet, on a du se rendre à l'évidence et constater que malgré les résultats certes positifs, les campagnes d'application des insecticides n'avaient pas permis l'éradication complète de la maladie dans la Province. L'élimination presque totale de l'infection du paludisme au niveau des enfants en bas âge, les moins concernés par ce type de mobilité de même que les insuccès observés au niveau des personnes adultes montrent le rôle attribuable aux déplacements humains dans l'échec du projet. Plus tard, la solution adoptée, à savoir l'isolement des

⁵ Déjà dans ces premiers travaux qui datent de la veille ou des premières années d'indépendance de nombreux pays en développement, l'auteur n'a cessé d'attirer l'attention des épidémiologistes et autres institutions responsables des campagnes de lutte pour l'éradication de certaines grandes endémies: trypanosomiase, bilharziose, mais surtout le paludisme, sur l'importance de la prise en compte des différents tenants et aboutissants du phénomène combien complexe des mouvements de populations. Encore aujourd'hui une telle exhortation conserve toute sa portée; d'autant que nulle part dans ces pays la malaria n'a pu être éradiquée de manière complète et définitive.

campements des pasteurs Fulani (où la densité des moustiques était nettement plus élevée), des villages sédentaires d'une part, et l'administration aux Fulani de dose unique de médicament d'autre part, ne résolut en rien le problème de réapparition périodique de la malaria qui coïncidait chaque fois avec le retour dans la zone des travailleurs agricoles et des éleveurs nomades. De pareils insuccès ont également été enregistrés dans d'autres projets du même genre, en Haute Volta (actuel Burkina Faso) et dans le nord du Cameroun (PROTHERO 1965); au Népal, et dans la région amazonienne du Brésil (KONDRASHIN 1989).

Par ailleurs la résurgence et l'établissement de l'endémicité de la maladie dans certaines zones au cours des années 70, après le spectaculaire succès des campagnes d'éradication en Asie du sud-est et dans d'autres pays en développement enregistrés dix ans auparavant seulement est, selon KONDRASHIN (1989), largement attribuable aux mouvements de populations dans l'espace rural.

IV.2 Les mouvements de colonisation agricole

IV.2.1 Etat de la question

Aussi longtemps que l'on remonte dans l'histoire, on s'aperçoit que les mouvements des populations dans l'espace rural ont toujours constitué une composante importante dans leurs stratégies de survie. En effet, pour faire face au surpeuplement et aux faibles rendements de l'agriculture de certaines de leurs régions, aux guerres, famines et autres calamités, les populations rurales ont souvent quitté leur terroir pour s'installer sur des zones beaucoup plus pacifiques et plus propices pour les activités agricoles. Dressant le bilan des mouvements de colonisation agricole dans les pays sahéliens, OUEDRAOGO (1990), distingue deux modèles de mobilité. Le premier, dit spontané, est selon l'auteur un modèle de paysan, tandis que l'autre, dit organisé, est celui des techniciens du développement rural. Il consiste en des transferts des populations rurales des régions relativement pauvres et surpeuplées vers des zones aménagées avec l'intensification du système agricole. Cette dernière forme de mobilité a été accentuée par le manque manifeste d'opportunités économiques en milieu urbain. Ainsi chaque année, de nombreuses populations sont installées de manière volontaire ou plus souvent imposées dans des zones d'irrigation et à proximité des barrages hydro-agricoles. Les barrages de la Volta au Ghana, de Gezira au Soudan ou encore ceux d'Indonésie, du Brésil ou de Sri-Lanka ainsi que bien d'autres en sont des exemples. Le nombre de personnes impliquées dans ce type de projet, peut varier de quelques dizaines de milliers à des centaines de millions d'individus (ROUNDY 1989).

Les problèmes de santé des populations reliés à cette forme de mobilité, et les plus souvent cités dans la littérature, se rapportent aux facteurs environnementaux ainsi qu'aux conditions de travail.

IV.2.2 Problèmes de santé liés à l'environnement

Pour plusieurs raisons les impacts sanitaires des déplacements à destination des terres irriguées apparaissent difficiles à cerner de manière explicite. Le problème fondamental réside avant tout dans l'insuffisance, voire l'inexistence de données relatives à l'état de santé des populations concernées. De plus, mentionne ENGELHARD (1986), une faible prise de conscience de l'importance des problèmes de santé caractérise l'expérience des complexes hydro-agricoles réalisés en Afrique et dans d'autres régions du monde en développement. Le projet accéléré de Mahawali au Sri Lanka, a dû accueillir près d'un million d'individus supplémentaires en plus de la population initialement prévue (SERVICE 1989). Pareille situation a été observée lors de la construction du barrage hydro-électrique sur le fleuve Volta au Ghana. La justification économique a toujours été mise au devant de toutes les autres considérations dont celles des impacts sur la santé des populations.

Examinant les impacts des barrages hydro-agricoles sur l'environnement et la santé des populations autochtones et celle des migrants installés sur la vallée du fleuve Sénégal, ENGELHARD fait remarquer que l'apport d'eau par les retenues et les canaux d'irrigation conduisent inévitablement à des transformations importantes des biotypes. En conséquence ces barrages vont engendrer dans certaines parties telles le paludisme, une nette recrudescence de maladies graves telles le paludisme, l'onchocercose, la bilharziose qui jusque là n'existaient pas, du moins à l'état d'hyper-endémicité. Leur apposition dans des zones où elles étaient encore inconnues n'est pas non plus à exclure. Quelques décennies après l'implantation du barrage d'irrigation de Gezira sur le Nil, dans le sud du Soudan en 1925, cette région qui accueille des populations très hétérogènes (sédentaires et nomades), a vu l'apparition et l'établissement de la malaria, et de la bilharziose qui constituent aujourd'hui un sérieux problème dans la région (AMIN 1984). Le nombre de cas de paludisme rapportés dans le bassin de l'Amazonie au Brésil a décuplé depuis 1970 et atteint près de 500 000 en 1987. Alors que pour les populations indigènes, la malaria ne constitue pas véritablement un problème de santé, par contre, les migrants, généralement non immunisés, étaient gravement affectés par le p. falciparum, la plus dangereuse infection du paludisme (PROTHERO 1989). Sur les terrains de culture, les nouveaux arrivants, en plus d'expérimenter l'accommodation à un environnement qui leur est jusque là inconnu, connaissent une augmentation des taux de mortalité infantile et de morbidité des adultes. Comme conséquence de la construction du barrage de Akosombo au Ghana, MALEK et CHAINE (1989) mentionnent que plus de 90% des enfants de moins de 15 ans étaient atteints de schistosomiase urinaire.

La précarité de l'habitat des migrants sur les lieux de culture: équipement au strict minimum, aucune partition adéquate des chambres à coucher et autres salles d'aisance, difficultés d'approvisionnement en eau potable, manque d'éclairage à l'électricité alors que le camp se situe parfois au pied du barrage hydro-agricole, est à associer à l'augmentation significative de l'incidence des maladies au sein de ces populations (VELEZ 1984).

Enfin lorsque les lieux de ré-localisation sont déjà habités par des autochtones, la situation devient davantage plus difficile, pour les populations migrantes car celles-ci sont alors installées sur les terres les moins fertiles et les moins salubres, les exposant encore plus aux maladies (ABISUDJAK et KOTANEGARA 1989).

IV.2.3 Les problèmes de santé liés à l'activité

Les risques de maladies reliées à leur occupation professionnelle constitue un problème d'une importance cruciale dans la vie des travailleurs agricoles migrants (DUNBAR 1976). A première vue le travail de plantation ou de cueillette des fruits et légumes ou le repiquage de riz auquel s'adonnent les migrants dans les exploitations agricoles nord américaines ou sur les rizicultures des pays tropicaux, ne semblent pas pénibles comme exercice. En fait, il s'agit là de tâches dont la réalisation requiert à la fois une grande habileté, de la patience et des efforts physiques non négligeables. Le travail consiste en des actes répétitifs, et les travailleurs se voient contraints à performer sur une cadence par trop exigeante et à travailler toujours debout, et à porter des charges très lourdes (DUNBAR 1976). Ainsi, les travailleurs souffrent fréquemment de courbature, voire des graves déformations de la colonne vertébrale. Des maux de dos chroniques s'installent et provoquent un appauvrissement de leur rendement. La circulation permanente dans des eaux fortement polluées par les produits chimiques très toxiques, exposent constamment ces travailleurs à de sérieuses maladies. De plus, dans leurs tâches quotidiennes, les migrants manipulent, parfois sans aucune connaissance des dangers qu'ils courrent, et sans le minimum de protection requise, des pesticides, ce qui constitue des risques additionnels importants dans la détérioration de leur état de santé. Le projet de recherche du Michigan sur la santé des agriculteurs migrants, montre qu'un travailleur sur 6 tombe malade des suites d'empoisonnement par les produits toxiques utilisés dans les exploitations (SHENKIN 1974). Les taux de mortalité par cause d'accident de travail restent nettement plus élevés chez les travailleurs agricoles que ceux enregistrés au niveau de l'industrie: 61 décès contre seulement 17 p. 100 000 dans le secteur industriel (KAUFMAN 1973).

Conclusion partielle

Au travers de l'exemple sur la malaria, on peut une fois de plus appréhender les rapports entre la santé et la migration en général et la mobilité dans l'espace rural en particulier. Malgré les investissements importants consentis chaque année par les populations, les gouvernements et les institutions internationales, la lutte contre la maladie semble se heurter à des obstacles résultant d'une incompréhension sur la nature des relations et des mutations de base intervenant périodiquement entre le parasite, l'hôte, le vecteur et les victimes. En ce qui concerne le milieu rural où les mouvements de colonisation continuent encore d'être parmi les modèles migratoires dominants, toute stratégie qui ne prendra pas en compte l'influence prépondérante des facteurs de l'environnement physique et socio-économique des populations (et la mobilité surtout) est vouée à l'échec à plus ou moins long terme.

CHAPITRE V: ACCESSIBILITE ET UTILISATION DES SYSTEMES DE SOINS

V.1 Etat de la question

Comparativement aux autres champs de la sociologie médicale, l'utilisation par les migrants, des services de santé et des comportements qui y sont reliés, restent, selon MACKINLAY (1975), largement inexplorés. Et cela, en dépit du fait que la migration constitue de nos temps un des plus importants véhicules de changements sociaux, sinon le plus important, auquel aucune société n'échappe. Généralement, on analyse les différences de consommation médicale et l'évolution des recours au système de soins, en fonction surtout des variables démographiques et socio-économiques, et ce, de manière sectorielle. Pour BOUVIER-COLLE et al. (1981), d'autres facteurs qui induisent des changements de comportements en matière de santé (dont la migration) sont peu étudiés. Selon les mêmes auteurs, il n'existe pas, à leur connaissance, de recherche ayant étudié statistiquement, au niveau d'une (ou plusieurs) population, les éléments qui conduisent à adopter certains comportements liés à la santé. Des différentes recherches sur "les pratiques de santé", réalisées habituellement par les sociologues, anthropologues, géographes et autres administrateurs de la santé, il ressort aussi paradoxal que cela puisse paraître, que dans l'ensemble, sur les lieux de destination, les migrants utilisent les services de santé moins souvent que les natifs (WOOD 1988, WALKER 1979, MACKINLAY 1975).

Pour soutenir l'hypothèse de sous-utilisation des services de soins de santé "disponibles" sur les lieux d'accueil, les spécialistes ont invoqué un certain nombre de barrières auxquelles les migrants font face. Celles-ci incluent à la fois les facteurs tels le passé culturel, les ressources économiques, les conditions géographiques, de même que ceux relatifs au manque d'information découlant entre autre de la complexité des institutions structures sanitaires (ELLIOT 1972).

V.2 Les barrières socio-culturelles et le système de soins

Selon certains auteurs, les membres des minorités ethniques boudent le système officiel de soins de santé d'abord parce qu'ils croient que des obstacles insurmontables leur barrent la voie à des services appropriés et ensuite parce qu'ils croient qu'une fois ces obstacles surmontés, les traitements offerts seraient mal conçus ou inefficaces (RAPPORT CANADA 1988).

Dans leur analyse des modalités d'admission de près de 2900 patients dans 21 hôpitaux desservant les populations résidant dans la métropole de Toronto au Canada, MORGAN et ANDRUSHKO (1977), parviennent à des taux standardisés d'utilisation des hôpitaux par les migrants de 114 pour cent mille chez les hommes et 218 pour cent mille chez les femmes alors que les taux attendus se situaient à 274 et 336 pour mille pour les hommes et les femmes,

respectivement. Pour expliquer ces grandes différences entre les taux attendus et ceux obtenus, c'est à dire la sous-utilisation des services de santé par les migrants, les auteurs avancent deux hypothèses possibles:

- Premièrement, les migrants parviennent au Canada, le plus souvent à travers des "chaînes" de parenté et d'amitié établies préalablement à partir des lieux d'origine. A leur arrivée sur le sol canadien, les migrants tentent de reconstituer les structures de la famille étendue. De plus, ils créent et maintiennent un type très étroit de relations de voisinage incluant des thérapies de leur pays à prodiguer aux membres de la communauté "victimes" de certains patterns de comportements sociaux de la société d'accueil (GOTTLIEB 1976) ;
- La seconde explication possible serait que l'accès aux services de soins de santé est limité par les différences culturelles. La "distance sociale" entre le patient et le thérapeute, de même que les barrières linguistiques réduisent considérablement l'entrée des immigrants dans le système canadien des soins médicaux. Selon les auteurs, ces deux facteurs, à savoir l'existence de réseaux de traitement alternatifs, et les limites quant à l'accès aux structures médicales canadiennes, sont fortement liés et ne peuvent par conséquent pas être clairement distingués.

Au contraire, FELLOUS (1982), observe que dans certains hôpitaux français, il semble que l'assiduité des femmes migrantes aux consultations prénatales et à la préparation à la naissance soit bien plus grande que celle des femmes françaises. Cette constatation rejoue celle de MORGAN (1973) qui, à partir des résultats d'enquêtes socio-médicales menées dans la zone métropolitaine de Lagos au Nigéria, conclut que les migrants récents sont aussi respectifs, sinon plus, aux croyances et pratiques de la médecine moderne que ne le sont les résidents de plus longue durée. Et ce, en dépit du fait que les migrants sont généralement moins privilégiés socio-économiquement et connaissent moins les services de santé et de l'éducation offerts en zone urbaine.

A ce stade, évoquons les résultats de l'enquête sur "l'accès aux services de santé en fonction du statut migratoire et du niveau socio-économique réalisée par TELLER (1972), dans une ville hondurienne. D'emblée, l'auteur opère une distinction importante entre la disponibilité des services de santé et leur accessibilité aux populations⁽⁶⁾. Puis analysant les résultats, l'auteur montre que sur le tiers des personnes de l'échantillon (de 3324 personnes soient 621 ménages), ayant déclaré être malade au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête, environ 35% ont utilisé les services de santé modernes privés ou publics. Un examen plus fin de ce résultat révèle une relation quasi linéaire entre le statut socio-économique des migrants et leur accès aux services de santé. TELLER poursuit que les migrants qui avaient été suffisamment socialisés dans leur milieu socio-médical de départ, s'adaptaient assez rapidement aux structures de soins médicaux modernes disponibles en ville. Conséquemment, leurs taux d'accès aux services curatifs différaient très peu de ceux des populations autochtones natives du milieu urbain. Plus révélateur encore de la capacité d'adaptation des nouveaux migrants est le résultat de la même enquête qui montre des taux d'utilisation des services préventifs de la ville par les membres des familles de migrants supérieurs à ceux des populations natives. Ainsi, l'hypothèse soutenant que les migrants en ville ou dans un pays étranger rejettent systématiquement les services de soins qui leur sont fournis s'avère quelque peu incomplète pour expliquer les faibles taux d'accès au système de soins, observés dans certaines sociétés d'accueil.

A ce propos, la question de savoir "ce qu'implique l'accès au système de soins" que pose FELLOUS (1986) revêt toute une signification. Et MONTEIRO (1977) d'ajouter que si la pathologie ne peut en aucun cas, être objectivisée indépendamment de la personne, l'accès au système de soins ne peut lui non plus être considéré indépendamment du sujet, de ses référents culturels et sociaux. Au niveau même de l'expression de la demande des services, nombre d'études montrent que la langue constitue un premier obstacle entre le praticien et le migrant malade. Or c'est à partir de la langue que l'on exprime ses besoins émotifs et physiques. L'on imagine bien que des incompréhensions provenant d'une mauvaise communication peuvent conduire à une évaluation erronée de la maladie et par conséquent du traitement que le praticien aura à prescrire au patient. A ce stade, les spécialistes notent que les hypothèses de travail de certains praticiens se fondent sur des stéréotypes généralement racistes qui donc faussent assez souvent les évaluations (RAPPORT CANADA 1988).

⁶ Selon l'auteur, la disponibilité réfère au volume total de travail et de ressources consacrés au système de soins de santé et à leur distribution spatiale. Tandis que l'accessibilité détermine les besoins à satisfaire et les barrières à surmonter avant l'utilisation des services de santé disponibles.

Dans nombre de cas, les chercheurs constatent que les médecins généralistes, les infirmières travaillant avec les communautés culturelles possèdent peu de formation sur les besoins particuliers de ces populations ainsi que sur les attitudes à adopter à leur égard (WOOD 1988). Aussi, la présence d'un interprète peut grandement faciliter tout processus de traitement du patient migrant. Selon SAUREL-CUBIZOLLES (1988) l'interprétariat médical est nécessaire dans un grand nombre d'activités liées à la santé depuis l'examen clinique jusqu'aux formalités institutionnelles telles que l'établissement du dossier, la prise de rendez-vous, le traitement et l'histoire médicale du patient.

Par ailleurs, l'évaluation de la maladie étant un processus proactif, pendant que le médecin effectue son diagnostic, le malade l'évalue et décide s'il sera efficace ou pas. Toujours, au plan culturel, une pratique courante chez les thérapeutes des pays du nord est de traiter leurs patients comme des égaux et de valoriser leur indépendance. Une telle approche s'avère le plus souvent contradictoire avec le système de valeur des patients originaires du Tiers-Monde. Pour ces derniers, le médecin est dépositaire de connaissances et donc d'un certain pouvoir et d'une autorité réelle. Par ailleurs, le traitement individuel est inacceptable pour eux car l'individu n'est véritablement important qu'en tant que membre d'une famille particulièrement en Asie et en Afrique (RAPPORT CANADA 1988).

Enfin au niveau des traitements offerts aux migrants, ils sont souvent mal conçus d'où le refus des patients de certaines pratiques comme la césarienne, la contraception, ou l'accouchement en présence du conjoint (FELLOUS 1982 et 1988-; SAUREL-CUBIZOLLES 1988). Dans le cas des femmes maghrébines migrantes en France, FELLOUS rappelle que leur refus de la contraception est à rechercher dans le fait qu'elles proviennent de pays où traditionnellement, le mariage et la procréation sont les fondements de la société. Au niveau de la famille et du couple, l'enfant est la principale richesse et tout ce qui touche à la maternité est du domaine des femmes.

V.3 Les facteurs socio-économiques

La position que les individus occupent au sein du système socio-économique de chaque société détermine sans aucun doute certains de leurs comportements en matière de consommation médicale.

Au sein même de la population française dont le système de couverture d'assurance médicale est un des meilleurs en Europe, SARANGE-FONTERME (1985) constate l'existence de disparités importantes au niveau de la consommation médicale. L'auteur observe chez les classes ouvrières, dont les quotients de mortalité sont pourtant relativement élevés, "une sous-consommation" de soins médicaux comparativement aux cadres et aux employés. On pourrait

galement tenir les mêmes propos dans le cas du Canada, pays où le système de santé peut se vanter d'être parmi les meilleurs au monde. Les résultats de l'enquête sur la santé réalisée dans ce pays en 1978, révèlent que, bien que la quantité de l'ensemble des problèmes de santé ne varie pas beaucoup en fonction des différences de statut social, les personnes appartenant aux groupes à faible revenu déclarent plus souvent que les autres, souffrir de certaines maladies. Le bien-être psychologique est l'apanage des groupes dont le revenu et le niveau d'instruction sont élevés, alors que le déséquilibre affectif caractérise davantage ceux dont le revenu est faible et le niveau d'instruction peu élevé. Au niveau des consultations, les résultats semblent indiquer que les personnes qui ont un meilleur revenu consultent des professionnels de santé de façon un peu plus fréquente que les autres (STATISTIQUE CANADA 1981).

Si un tel recours inégal au système médical persiste, entre populations natives, on imagine aisément que l'accès des populations migrantes aux services de santé locaux sera forcément fonction entre autres de la situation socio-économique acquise dans la société d'accueil. Et cela d'autant qu'il s'agit, comme le mentionnent nombre de chercheurs, de populations relativement pauvres comparées à la grande majorité de la population autochtones. La faible qualification fait que nombre d'entre eux n'accèdent qu'aux postes les moins qualifiés et donc les moins bien rémunérés (GENTILINI 1986).

Dans la littérature consacrée aux migrations des ouvriers agricoles, les auteurs sont unanimes à reconnaître leur faible couverture par le système local d'assurance médicale; situation qui contraste de beaucoup avec leur état de santé assez lamentable et le besoin énorme de soins de santé (SHENKIN 1974, SLESINGER 1986, HEROLD 1986). Faut-il rappeler que le caractère saisonnier de leurs activités et surtout leur situation souvent irrégulière vis-à-vis des services d'immigration des pays d'accueil constituent des handicaps sérieux dans leurs démarches pour l'obtention d'une assurance maladie.

D'ailleurs aux U.S.A, à la fin des années 80, un large débat s'est instauré à ce propos. La montée de certains stéréotypes caricaturant les ouvriers agricoles "non documentés" d'abuseurs illégaux" du système sanitaire avait conduit le gouvernement américain à adopter des mesures punitives qui consistaient à décourager les migrants irréguliers d'accéder aux soins de santé. C'est suite à de telles attitudes que GUENDELMAN (1985) a tenté de faire la lumière sur le volume et les différents patterns d'utilisation des services de santé par les enfants des ouvriers agricoles. Son étude montre une sous-utilisation significative de ces services par les enfants des migrants non documentés. L'argument avancé pour refuser l'accès des non documentés aux services de santé était que l'arrivée sans cesse croissante d'enfants d'ouvriers agricoles associée avec le niveau de fécondité

élevée de leurs femmes entraîneraient des charges supplémentaires qui nuiraient à la qualité des services fournis et qu'au bout du compte, seuls les citoyens américains payeraient la facture. Il est intéressant de noter que malgré qu'ils perçoivent des revenus parmi les plus bas et qui sont presque entièrement consacrés à l'alimentation du ménage, les ouvriers agricoles croient en une supériorité des services de santé privés et préfèrent généralement y orienter leurs enfants. L'étude menée par GUENDELMAN indique que plus de 80% des frais de soins de santé des enfants et des femmes ont été entièrement payés soit au comptant, soit par échelonnement.

Mentionnons enfin les résultats d'une étude réalisée sur des groupes de Mexicains résidant à Laredo au Texas et dont le but était d'identifier les types et coûts de soins utilisés par ces migrants. L'étude montre que la réduction des barrières financières est en grande partie responsable de l'augmentation des taux d'utilisation des groupes à bas revenus que sont les migrants. Cependant une fois la période des six premiers mois passée (test du système), on constate chez les migrants ayant bénéficié de l'assurance médicale gratuite, fournie dans le cadre d'un projet test, une nette baisse des taux d'utilisation des services de santé comparativement aux populations autochtones de même niveau économique. Néanmoins, au niveau des services d'urgence et des cliniques gratuites, les migrants, montrent des taux d'utilisation substantiellement plus élevés que ceux que l'on observe chez les non migrants de même statut socio-économique.

Pour clore ce chapitre nous présentons, un peu plus en détail, une des rares études sur les facteurs socio-culturels et économiques affectant l'utilisation des services de santé, menée sur le continent africain. Il s'agit d'une enquête réalisée dans le cadre du Projet de Soins de Santé Primaires de Pikine, agglomération la plus peuplée du Sénégal, située dans la banlieue de Dakar. L'enquête ménage a eu lieu en mai-juin 1985. Elle a porté sur un échantillon de 500 femmes ayant eu au moins un enfant au cours des 5 dernières années qui ont précédé les opérations. Au niveau de l'accès aux services de soins de santé curative, les questions concernent le dernier épisode de maladie de la mère d'une part, et de l'enfant d'autre part. Les informations suivantes étaient recueillies: date de la maladie, symptôme, lieu de consultation, prescription médicale, coût, autres examens et prescriptions, lieu de la seconde consultation (pour le même épisode de maladie). Les services de santé étaient classés en dispensaires publics, centre congrégationnel de santé, hôpitaux généraux, cliniques privées, autres (pharmacies, maternité, autres équipements de santé en dehors de Dakar) (FASSIN et al. 1988). Quant à la différenciation selon les facteurs socio-culturels, elle a été appréhendée à travers 2 types d'indicateurs :

- les variables simples: âge de la mère, statut matrimonial, niveau d'instruction, assurance sociale, groupe ethnique, type de maladie;

- des variables synthétiques construites pour analyser le niveau socio-économique, l'expérience urbaine, l'intégration à la ville, l'attachement au village d'origine. La comparaison des caractéristiques des utilisatrices et non-utilisatrices, montre que l'intégration à la ville et la catégorie de maladie sont fortement correlées avec l'utilisation des services de santé autant pour les mères que les enfants. L'assurance sociale était seulement déterminante lorsqu'il s'agissait de consultations pédiatriques. De plus on constate une certaine corrélation entre le revenu et le niveau d'instruction avec le niveau d'utilisation des services de santé. Il est intéressant de noter que l'intégration à la ville (parler la principale langue à savoir le wolof, participation à une association politique, religieuse, ou culturelle locale, connaissance du nom des leaders politiques du quartier) est beaucoup plus déterminante pour l'accès aux services de soins de santé que le nombre d'années passées en ville ou l'âge d'arrivée en ville. Autrement dit, le degré d'intégration dans le réseau de solidarité urbaine prime sur la durée de l'expérience urbaine, du moins en ce qui a trait à l'accès au système sanitaire. Rappelons enfin, qu'en Côte d'Ivoire LASKER (1983) avait identifié comme facteurs socio-économiques déterminants pour l'utilisation des services de santé non pas l'ethnie ou le niveau d'instruction, mais bien le statut d'occupation.

Conclusion partielle

Considérée dans son ensemble, la littérature existante sur les services de santé offerts aux migrants présente des lacunes importantes. En effet, elle concerne, pour la plus part, la migration internationale dans les pays industrialisés. Les études portant sur la migration entre pays du Sud sont rares, tout comme celles sur les migrations rurales-rurales. De plus les études sur la migration rurale-urbaine restent très limitées tant dans les pays industrialisés que dans le Tiers-Monde.

Par ailleurs, le nombre important de variables intervenant dans l'utilisation par les migrants des services de santé disponibles sur les lieux d'accueil (variables de niveau micro et macro...), de même leurs interdépendances rendent difficile la détermination de la part explicative de chacune de ces variables. Ceci explique les difficultés liées à l'identification des facteurs pouvant constituer des obstacles à l'accès aux services de santé. La situation est davantage complexifiée lorsque les structures sanitaires doivent faire face à une clientèle multiculturelle comme c'est souvent le cas pour la migration internationale surtout. Mais, tout en admettant la complexité des phénomènes en question, nous pensons avec TELLER (1972) que les différences que l'on observe quant à la nature et l'intensité d'utilisation des services de santé offerts aux migrants, ne sont que le reflet de leur niveau d'intégration dans la société d'accueil particulièrement au plan socio-économique.

CHAPITRE VI : REFUGE ET SANTE

VI.1 Etat de la question

De prime abord, on pourrait se demander en quoi, le refuge est-il différent ou assimilable au concept de migration tel qu'utilisé habituellement en démographie. Sur ce point, AMOUSSOU-YEYE (1990), après avoir identifié les points communs aux deux concepts conclut que mis à part le fait que la résidence de base cesse d'être un centre de gravité et n'intervient plus dans la reproduction sociale du réfugié (caractère d'irréversibilité), le refuge demeure un authentique phénomène migratoire. Au niveau même du rôle de la résidence de base et des liens que le réfugié entretient avec elle, nous pensons avec BANYWEINE (1990), que "african refugees never regard their migration as permanent and always claim they have a right to go back home".

A la fin de l'année 1988, on comptait plus de 14 millions de réfugiés à travers le monde. Il s'agit de populations ayant été contraintes de quitter leurs propres pays, du fait de "leur race, leur couleur, leur religion, leur nationalité ou leur appartenance à un groupe social ou du fait de leurs opinions politiques" (⁷). Cependant, BANYWEINE (1990) considère à juste raison, une telle définition, bien imparfaite à bien des égards pour couvrir un grand nombre de cas de réfugiés et de chercheurs d'asile que l'on rencontre couramment dans les pays en développement. Dans cette large catégorie entrent les personnes ayant quitté leur résidence et leur pays parce que leur vie et leur sécurité y étaient menacées par la famine, les conflits armés et autres formes de violence. Avant les années 60, le centre de gravité du problème global des réfugiés se localisait principalement en Europe et en Asie. Mais depuis quelques décennies, force est de constater que la quasi-totalité des réfugiés provient soit des pays du Sud (Afrique, Asie du Sud-Est, Amérique latine), soit des pays de l'Est. A lui seul, le continent africain compterait en 1988, plus de 5 millions de réfugiés soit plus de 35% du total mondial. Cependant, fait remarquer WANGEN (1986), la quasi-totalité de ces réfugiés est en réalité accueillie dans d'autres pays du Tiers-Monde. En effet, seulement 10% des réfugiés du monde se retrouvent dans les pays développés. Et c'est sans doute là un des drames de cet exode forcé (autre caractéristique de ce type de migration). En effet, malgré toute leur bonne volonté, et l'appui considérable d'organismes humanitaires tel le Haut Commissariat aux Réfugiés (HCR), le Programme Alimentaire Mondial (PAM), Amnistie Internationale, nombre de pays d'accueil sont incapables de faire face aux conséquences socio-économiques et sanitaires du défi de grande ampleur que représente l'augmentation sans cesse croissante des

⁷ Article premier de la Convention de Genève du 28 Juillet 1951.

réfugiés. Aujourd'hui, le poids et l'étendue du problème des réfugiés (produits et accueillis par les pays les plus démunis) sont d'une telle gravité qu'ils interpellent la conscience de tous.

VI.2 Problèmes de santé particuliers aux réfugiés

Une fois contraints de tout abandonner derrière eux (famille, patrie, biens matériels), les réfugiés se retrouvent, pour une durée souvent indéterminée, concentrés dans les camps de fortune où les conditions de vie sont des plus pénibles. Certains des réfugiés d'Asie ont vécu de longs mois, voire des années, dans les camps après une fuite par voie de terre ou par voie de mer (BOURDILLON 1986).

VI.2.1 La vie dans les camps

La vie pénible que connaissent les réfugiés dans les camps se caractérisent par un manque total au niveau des moyens de subsistance de base: alimentation insuffisante, manque d'eau potable, exposition au froid et à l'air libre (BANYWEINE 1990). Pareille situation devient encore plus intolérable quand on réalise que les camps accueillent principalement les populations parmi les plus vulnérables à savoir les femmes (20 à 25%) et leurs enfants (50%). Les matériaux utilisés pour la fabrication des camps (tentes en toile, bâche), et le caractère très provisoire de certains sites (écoles, magasins, immeubles en construction sans portes ni toitures), exposent quotidiennement les réfugiés aux calamités naturelles. BANYWEINE (1960) rapporte qu'en octobre 1986, les réfugiés sahraouis ont dû endurer 25 jours sous une pluie battante, la moitié des tentes avait été détruite et emportée par les vents.

Depuis quelques décennies, les populations des diverses provinces des pays du Nord-Est de l'Afrique (Ethiopie, Soudan, Somalie) connaissent malheureusement, sous les effets conjugués des guerres de sécession, de la sécheresse et de la famine, la triste réalité des camps de réfugiés. Pendant qu'ils servent de terre d'asile pour leurs voisins, ces mêmes pays sont également de grands producteurs de réfugiés. Les données des enquêtes menées dans cette sous région par le HCR et d'autres institutions humanitaires révèlent une nette recrudescence de la morbidité et de la mortalité des populations à leur arrivée dans les camps.

Selon SHEARS et LUSTY (1987) quatre transformations majeures sont à l'origine de l'augmentation de la vulnérabilité de ces populations aux maladies transmissibles:

- la rupture dans les services que ces populations recevaient de leur système de santé a entraîné une réduction dans le contrôle et le traitement des maladies,

- les mouvements de ces populations dans de zones écologiques nouvelles ont accru les risques d'acquisition de certaines maladies telle la malaria,
- la forte concentration des réfugiés dans les camps (une promiscuité assez souvent inhabituelle et intolérable), favorisent également une augmentation des risques de contamination,
- enfin la qualité médiocre et la faible quantité de l'alimentation reçue dans les camps: près du tiers des enfants des camps du nord ouest de la Somalie seraient atteints de carence alimentaire dont 5% très gravement. Plus de la moitié des enfants des réfugiés tchadiens au Bénin présentent des cas d'avitaminose et de malnutrition (Kwashiorkor), tandis que la plupart des grossesses des femmes se terminent par des avortements.

Le tableau III présente la pathologie acquise par les réfugiés lors de leur séjour à l'intérieur des camps. Et comme mentionné plus haut, l'approvisionnement en eau, l'inadéquation du système de santé dans son ensemble, la promiscuité, de même que les conditions très précaires de l'habitat (abris de fortune à la merci de tous les aléas climatiques), constituent les facteurs principaux de risques pour les maladies transmissibles. En plus de la malnutrition, la gastro-entérite, la rougeole, les infections cardiorespiratoires, la dysenterie sont les principales causes de morbidité et de mortalité dans la plupart des camps.

A tous âges, les populations regroupées dans les camps payent de lourds tributs pour ces maladies. Dans les camps somaliens, la rougeole, qui affecte 112 pour mille des enfants de moins de 5 ans, demeure l'affection la plus meurtrière: 33% des cas atteints décèdent par la suite. Suivent les affections gastro-intestinales: sur 1000 enfants réfugiés dans les camps de la corne de l'Afrique, 130 en seraient atteints. Plus du quart des personnes attaquées ne survivent pas de cette maladie. Enfin, en ce qui concerne les infections cardiorespiratoires (63% de cas chez les enfants), on enregistre au niveau des décès, un ratio de 1,39 cas. Quant à la malaria, bien que ses taux d'attaque spécifique soient parmi les plus élevés, et ce, pour l'ensemble de la population des camps (112; 70 et 84 pour mille pour les enfants, les adolescents et les adultes, respectivement), elle conduit au plus bas ratio de décès: 1 pour 68 cas (SHEARS et LUSTY 1987).

Pareils constats sont relatés dans nombre de camps d'accueil asiatiques (BOURDILLON 1986, YOUNG and al., 1987), et africains (AMOUSSOU-YEYE ; BANYWEINE 1990). Ainsi au Bénin, les réfugiés, du fait de leurs mauvaises conditions de logement (humidité, manque de couverture) et de nourriture présentent des taux de morbidité nettement plus élevée que dans le reste de la population. Dans

l'ensemble, ils souffrent de diarrhée, de fièvre, de paludisme, de courbatures d'affections pulmonaires et de blessures occasionnées par les continues bagarres auxquelles ils se livrent soit entre eux soit avec leurs voisins béninois (AMOUSSOU-YEYE 1990).

Tableau III: COMMUNICABLE DISEASE RISK FACTORS IN RELIEF CAMPS

Water/Sanitation	Crowding		Poor Shelter
	Direct	Vector related	
Gastro-enteritis	Measles	Thyphus	Pneumonia
Dysentery	Meningitis	Relapsing fever	
Cholera	TB	Malaria	
Polio	Diphtheria		
Typhoid	Whooping cough		
Hepatitis	Scabies		
Bililharcia	Trachoma		

SOURCE: SHEARS and LUSTY 1987, p.787.

VI.2.2 Problèmes de santé mentale chez les réfugiés

Dans la toute première partie de ce travail, nous nous sommes penchés sur les difficultés rencontrées par les migrants dans leur processus d'adaptation à un environnement nouveau. Nous avions conclu à l'existence de réels problèmes de santé mentale au niveau de certains migrants quoique des contradictions importantes persistent quant à l'ampleur de ce phénomène. S'agissant des réfugiés, les circonstances dramatiques dans lesquelles surviennent les événements qui causent le refuge d'une part, les conditions du voyage dont le terme pouvait être la mort (les boat-people), les humiliations, les déshonneurs subies jusque dans les camps de transit, d'autre part, font des réfugiés, des "sujets extrêmement fragilisés" au moment où ils parviennent à leur terre d'asile (BOUDILLON 1986). Loin d'être l'aboutissement des souffrances ou ce ballon d'oxygène souvent rêvé, le débarquement dans le pays d'accueil est au contraire le début d'un processus d'adaptation qui peut paraître long et douloureux chez des sujets aussi fragilisés.

L'enquête menée sur 1150 réfugiés, hommes, femmes et enfants d'Asie du Sud-Est (Cambodge, Laos, Vietnam) accueillis en France montre les grandes souffrances psychiques qu'endurent ces populations dans le pays d'accueil (ESTRAMON 1986) :

- au niveau des adultes chefs de famille, les données cliniques et sociologiques recueillies lors de cette enquête révèlent des états dépressifs assez significatifs. Dans certains cas, les sujets avaient tendance à créer un isolement symptomatique. Ils étaient d'une grande apathie et présentaient des cas d'anorexie et d'amaigrissement. Il s'en suivait des échecs répétés dans leur tentatives de recherche d'emploi. Pour leur part, les femmes, afin de noyer leur amertume, les déceptions, le stress, le traumatisme et leur isolement forcé qui leur attribue un nouveau rôle, n'avaient d'autres solutions que de passer de longues journées dans leurs pleurs.

- Quant aux plus jeunes (jeunes adultes et adolescents), ils se livrent fréquemment à des épisodes de violence à travers la pratique des sports de combats. De telles activités leur permettent entre autres, de libérer cette énergie accumulée suite aux longues et monotones journées d'inactivité auxquelles ils n'étaient point habitués, d'extérioriser des conflits et enfin de libérer les pulsions agressives. A cela s'ajoute une consommation abusive d'alcool dont la finalité n'est autre que l'ivresse. Les cas d'incompréhension, les conflits avec les parents font également partie du lot quotidien de la vie des jeunes adolescents. Et ESTRAMON (1986), de conclure, que les premiers mois de l'univers de la réinstallation constituent une réalité immédiatement traumatisante, vécue de différentes façons par les réfugiés.

Nous avons jusque là, parlé des personnes réfugiées de façon globale. Il faut cependant avoir à l'esprit qu'il s'agit de populations pouvant présenter, au départ même, des différences notables. Et justement ces caractéristiques dissemblables, s'avèrent déterminantes dans toutes les étapes ultérieures du processus de refuge. Le processus d'intégration des réfugiés éthiopiens aux U.S.A en est un exemple. Avec près de 1,5 millions de réfugiés dont la plus grande majorité trouve refuge dans les camps mis en place dans les pays limitrophes, c'est également un des premiers pays du continent qui sert de "pourvoyeur" de réfugiés aux Etats-Unis. En effet grâce au parrainage du H.C.R, du Caucus des Congressistes noirs américains et d'agences humanitaro-religieuses et de volontaires, le Gouvernement américain a accepté d'admettre sur son territoire près de 17 000 réfugiés ces dernières années. Et comme on pouvait s'y attendre, c'est après une sélection rigoureuse que ces réfugiés ont été acceptés. En effet, contrairement à ce que l'on rencontre habituellement dans les camps situés dans les pays du Tiers-Monde, le prototype de réfugié admis aux U.S.A est habituellement le jeune homme (la moyenne d'âge se situe à 26 ans), célibataire, d'un niveau scolaire relativement élevé (en moyenne plus de 11 ans de scolarité), d'origine urbaine (près de 85% des réfugiés acceptés en sont issus), de religion chrétienne (80% des réfugiés, issus de parents relativement aisés (membre du gouvernement, officier supérieur, juge, professeur, avocat, ou homme d'affaire), ayant d'excellentes connaissances en anglais (44% des acceptés parlent l'anglais de façon excellente,

34% le parlent bien, seulement 5% d'entre eux le parlent mal) (McSPADEN 1987). Comme on le voit, on est loin du réfugié "type" que l'on côtoie dans les camps de transit vietnamiens de Kai-Tak, ou béninois ou encore moins de ceux des autres éthiopiens qui ont abouti soit au Soudan soit en Somalie. Mais, malgré l'apparente homogénéité du groupe des réfugiés éthiopiens aux U.S.A, leur adaptation au plan mental de même que leur insertion socio-économique dans la société américaine s'effectue de façon assez différente selon que leur arrivée a été sponsorisée par les congrégations religieuses ou par des bureaux d'agences de placement. Les résultats de l'étude portant sur le contexte de scolarisation et de bien-être psychologique menée sur ces réfugiés (McSPADEN 1987) montrent que les réfugiés parrainés par les congrégations se retrouvent dans un niveau de bien être psychologique meilleur que celui des autres réfugiés éthiopiens accueillis par les agences de placement. Les premiers, plus instruits, beaucoup plus indépendants, jonglent entre plusieurs emplois à temps partiel mais très payants et la poursuite de leur formation collégiale ou universitaire. Par rapport à leurs attentes et espoir, ils se voient plus ou moins comblés d'autant plus que les congrégations font tout pour favoriser leur ascension sociale en les informant régulièrement sur de meilleurs emplois. Au plan social, ces mêmes congrégations déploient aussi des efforts importants pour "connecter" leurs pensionnaires avec d'autres réfugiés ou même avec des américains. Pendant ce temps, chez les autres réfugiés, c'est à dire ceux des bureaux de placement, on rapporte fréquemment des niveaux élevés de dépression voire des cas de suicide. C'est que contrairement à leurs autres compatriotes, ils sont, en plus d'être plus souvent victimes de racisme, cantonnés dans des emplois peu payants et sans sécurité. Leur niveau de scolarité ne leur permet pas de se mouvoir sur le marché de l'emploi sur lequel ils ont d'ailleurs peu d'informations.

Mentionnons également l'article de CHAN et LOVERIDGE (1987) sur la phase de "transit" correspondant à la période entre les persécutions subies par les réfugiés et l'étape de réinstallation dans un pays d'asile. Dans cette étude, les auteurs montrent l'ampleur du traumatisme dû au choc culturel que les réfugiés vietnamiens des camps de Hong-Kong vivent durant cette phase cruciale. Très peu préparés à cette nouvelle vie différente à tous points de vue de celle qu'ils avaient connue jusque là, les réfugiés survivent difficilement à telle vague de changements fondamentaux. Les réfugiés se retrouvent réduits par les autorités du camp, à un rôle de grande passivité dans lequel ils se sentent très petits. Dans cette phase de transition to "nowhere", la condition mentale des réfugiés est déterminée à la fois par l'espoir et la frustration. Beaucoup d'entre eux se laissent rapidement aller vers des facilités telles la drogue, l'alcoolisme. Pour affirmer leur masculinité, les jeunes adolescents se joignent à des bandes de délinquants et de criminels et essayent d'imiter et d'adopter les coutumes en vigueur à Hong-Kong. En conclusion, les mêmes auteurs rappellent que le monde de "transit" représente un

grand défi pour les réfugiés du fait des profonds changements qu'ils subissent au cours de cette période. Pourtant cette phase reste déterminante tant pour l'orientation initiale que ses propres représentations sur son nouveau pays.

Conclusion partielle

Plus que toutes les autres formes de mobilité, le refuge, de par les circonstances mêmes qui l'engendrent et les conditions dans lesquelles il s'effectue, provoque de nombreuses conséquences négatives sur la santé des populations concernées. Selon WOOD (1988), plusieurs chercheurs comparent l'expérience de l'exil et ses effets psychologiques, à celle du décès d'un proche. Et pourtant malgré le niveau de gravité du phénomène, dont par ailleurs on ne voit aucun prémissse politique ou écologique laissant présager de son ralentissement, très peu de recherches ont été consacrées à ses aspects sanitaires. Paradoxalement, bien que n'accueillant qu'à peine 10% des réfugiés, c'est encore sur les pays industrialisés que portent les recherches. Toutes les études menées dans ces pays indiquent que les épreuves subies (stress pré-migratoire extrême, séparation, tortures, humiliations, conditions désastreuses de voyage, incertitude, difficultés d'adaptation, déception) ont une incidence certaine sur la santé mentale et physique des réfugiés. Dans les pays en développement, malgré le manque de données fiables sur les réfugiés, tout laisse croire que ceux-ci sont soumis à des conditions de morbidité et de mortalité pires que celles des populations d'accueil.

CHAPITRE VII : MIGRATION, MALADIES TRANSMISES SEXUELLEMENT: LE SIDA

VII.1 Etat de la question

Depuis son apparition à la fin des années 70 le SIDA se révèle de jour en jour comme une menace permanente pour l'humanité toute entière. En effet, bien que les statistiques de déclarations de la maladie soient encore très fragmentaires, il n'en demeure pas moins que la propagation de l'épidémie à travers le globe, s'effectue à un rythme rapide.

Le SIDA n'est cependant que la manifestation d'un nouveau virus jusqu'à là inconnu qui fait grossir la longue liste des épidémies de M.S.T. Mais par de nombreuses caractéristiques qui lui sont particulières, et au stade actuel des connaissances, toute comparaison de cette épidémie avec les autres maladies connues dans le passé, trouve rapidement des limites (BALDWIN 1987).

Avant même que les recherches entamées ne parviennent à des conclusions scientifiquement valables, certains chercheurs avaient abondamment spéculé sur une probable origine africaine de la maladie du SIDA. Auparavant, ces mêmes chercheurs avaient attribué la propagation de la maladie aux seuls homosexuels, prostituées et autres toxicomanes. L'hypothèse souvent avancée pour expliquer la propagation hétérosexuelle du SIDA en Afrique serait l'existence d'une plus grande "promiscuité" dans ce continent. Certains auteurs et non des moindres, ont étalé au grand jour toute la subjectivité, sinon la connotation raciste qui apparemment a toujours servi de toile de fond à leurs conclusions sur certains groupes culturels. Parmi eux, on ne peut pas mentionner le nom de CALDWELL et al. (1989). Selon ces auteurs, il existerait en Afrique subsaharienne, au niveau de la sexualité, du mariage et autres comportements liés à la reproduction, un système à la fois, particulier à cette "partie" du continent et intérieurement cohérent. Toujours selon ces chercheurs, le système de l'Afrique subsaharienne, très distinct du modèle "eurasien", se caractérise par une large liberté sexuelle particulièrement pour les femmes. Un tel système serait suffisamment vulnérable aux attaques "coitals-related disorders", conséquence d'une totale absence d'institutions chargées de la moralisation des relations sexuelles, pour constituer la clé de la pénétration de l'épidémie du SIDA en Afrique. Mais, tous ces "arguments", teintés d'un profond racisme, s'effondrent rapidement face à des analyses beaucoup plus élaborées. Et justement, dans un article rédigé en réponse aux allégations pour le mieux audacieuses de CALDWELL, LEBLANC, MEINTEL et PICHE (1991), relèvent les nombreuses insuffisances de l'article en question et apportent des corrections importantes. D'abord, sur le plan méthodologique, LEBLANC et al. (1991) montrent les vices de formes qui entachent l'article: absence de critères pour la délimitation du domaine auquel se rapporte la littérature évoquée, période de référence des

études citées très éparses: on passe, sans transition, de récits historiques (1920) à des événements datant d'avant les années 70, utilisation inappropriée de certaines sources d'informations et enfin une extrapolation par trop facile de certaines conclusions à l'ensemble de la population africaine au Sud du Sahara. Par ailleurs CALDWELL et al., oublient de situer les changements de patterns des comportements sexuels dans le véritable contexte qui les crée et les entretient à savoir les conditions socio-économiques. Et toujours pour parvenir à leurs fins, ils évitent volontairement de citer les auteurs dont les conclusions sont à l'opposé des leurs. Faut-il rappeler avec BASSET et MHOYI (1991) que les explications occidentales proclamant l'Afrique comme le berceau du SIDA sont toutes fortement teintées d'hystérie et de racisme scientifique.

VII.2 Migration et transmission de la maladie

Comme toutes les autres maladies, le SIDA, véritable problème de santé publique n'est pas réparti de manière uniforme sur le globe. Sans récuser l'ampleur de l'épidémie dans les pays industrialisés, il semble que c'est surtout les populations des pays du Sud et particulièrement celles du continent africain qui souffrent le plus de cette maladie. Aussi, nous limiterons nous à examiner les rapports de cette épidémie avec les mouvements de populations en Afrique. Il est maintenant bien établi que, contrairement au premier pattern constaté en Europe et en Amérique du Nord où la prédominance des hommes atteints laissait supposer que le principal groupe à risque était les homosexuels, les relations hétérosexuelles constituent le principal mécanisme de transmission de la maladie en Afrique (BASSET M. et al. 1991).

En marge de toute la "spéculation scientifique" entourant les origines du SIDA et les groupes les plus à risque, certains chercheurs ont tenté d'orienter les investigations vers des pistes qui permettent de mieux comprendre les modes de transmission et de propagation de la maladie. C'est sur cette lancée que des auteurs comme VAN DE PERRE (1985), VITTECOQ (1987) ont avancé que la propagation du SIDA en Afrique s'effectue de manière transcontinentale c'est à dire selon les grandes régions géographiques du continent. Une telle hypothèse résiste, cependant, très peu à la répartition géographique actuelle des cas de SIDA déclarés par plus d'une quarantaine d'états africains. Celle-ci montre en effet, une forte concentration de cas dans seulement une dizaine de pays de l'Afrique centrale et de l'est, presque tous contigus. Une telle distribution de la maladie a alors inspiré PELA et PLATT (1989), selon qui, contrairement aux autres, elle ne se limite pas seulement à constater la forte concentration de la maladie du SIDA dans cette partie du continent, mais elle tente également de fournir des pistes de recherche pour l'explication d'une telle situation. Les auteurs rappellent le climat politique et socio-économique qui a prévalu dans la région au cours de la période pré et post-coloniale et surtout durant les années 60 à 70.

Cette période a vu la naissance de nombreux conflits: guerres d'indépendance ou de sécession, guérilla rurale, en plus de l'implication directe ou indirecte de ces pays (Zimbabwe, Mozambique, Angola, Congo, Zaïre) dans la lutte des noirs en Afrique du Sud. Ces différents événements ont conduit à d'importants mouvements de population: arrivées massives de mercenaires européens ou américains, enrôlement des hommes et des femmes dans les unités de la guérilla, abandon de certains villages par leurs populations suite aux attaques et pillages systématiques. Plus tard, les richesses de la région vont même attirer de nombreux migrants en provenance de toutes les régions du continent. La migration des Sahéliens vers ces pays en est un exemple. Il n'y a certes pas de documentation précise sur cet ensemble d'événements brutaux vécus par la région et les pays voisins, rappellent les auteurs, mais il ne fait pas de doute qu'il s'agit là de mouvements qui ont sérieusement affecté l'organisation socio-économique des populations concernées. Toutes tentatives d'explication de la diffusion rapide de la maladie dans cette partie de l'Afrique doit tenir compte des changements dans les comportements en matière de sexualité induits par de si profonds bouleversements socio-économiques. Faut-il rappeler que la dynamique qui a prévalu dans la région a beaucoup favorisé la prostitution ou tout simplement le viol: mercenaires provenant de pays où la révolution sexuelle battait son plein, hommes d'affaires à la recherche de gisement miniers, travailleurs migrants des mines, commerçants dioula de l'Afrique occidentale, trafiquants, tous généralement "célibataires" face à des femmes totalement démunies et désarmées, fuyant les combats.

L'intérêt de toutes ces hypothèses est qu'elles mettent en évidence l'impact déterminant qu'a toujours eu la migration dans la transmission des maladies et particulièrement dans le cas du SIDA. Selon VIENS (1991), les migrations socio-économiques à l'intérieur et hors du continent, constituent un phénomène important dont on a suffisamment tenu compte dans les facteurs explicatifs de la propagation de la maladie en Afrique. A ce propos, MICHELIN et al., font remarquer qu'on compte un nombre insignifiant d'études empiriques examinant les relations entre les mouvements de populations et la transmission du HIV.

Derrière la notion de groupes à risque utilisée pour caractériser soit les prostituées, soit les étudiants ou simplement les étrangers d'origine africaine ou haïtienne, il aurait sans doute été beaucoup plus pertinent de voir les conditions découlant de leur statut de migrant. En effet, les risques que ces personnes soient porteurs du virus HIV, loin d'être liés à leur origine génétique, géographique ou la couleur de leur peau, sont surtout à associer à leur statut socio-économique et leur occupation. Et pour être plus complet, soulignons ici la recommandation pertinente formulée par LEBLANC et al. (1991). Selon ces auteurs toute discussion sur le contexte social du SIDA en Afrique doit nécessairement inclure les facteurs économiques. L'urbanisation

rapide, les migrations de travail, la pauvreté urbaine de même que les mauvaises conditions sanitaires engendrent la propagation de la maladie.

VII.3 Quelques exemples de vulnérabilité liée à la migration

De tous les groupes de populations à "risques" celui des prostituées semble être celui pour lequel toutes les études s'accordent à reconnaître qu'il présente des taux de prévalence de la maladie les plus élevés.

Une enquête conduite au Ghana et visant à déterminer les facteurs qui ont caractérisé l'infection du HIV montre l'impact de certaines transformations socio-économiques sur les comportements en matière de sexualité et, au delà, sur la transmission et la propagation de la maladie du SIDA (NEEQAYE et al., 1988). Lors de la période de récession économique qu'a connue le pays dans les années 70 à 80, un grand nombre de ghanéens ont quitté le pays dans l'espoir de trouver de meilleures conditions de vie ailleurs. Les professionnels et autres personnes jouissant d'un niveau de scolarité élevé, se sont orientés vers les pays industrialisés (USA, Europe) ou vers les émirats arabes; tandis que les moins expérimentés se sont retrouvés dans les pays limitrophes ou voisins (Burkina faso, Côte d'Ivoire, Nigéria, Sénégal). L'expulsion en 1984, par le Gouvernement du Nigéria, de plus d'un million de Ghanéens, donne une idée sur l'ampleur de ces flux.

Durant la même période, on observe aussi d'importants mouvements de jeunes ghanéens vers les pays voisins. On se rappelle qu'à l'époque, rares étaient les capitales de la sous région qui ne possédaient pas leur "quartier de prostituées ghanéennes". En effet beaucoup plus vulnérables aux conséquences de la crise économique, et ne disposant plus de support économique, les jeunes femmes n'avaient d'autre choix que de se livrer à la prostitution. Mais contrairement à ce qu'auraient pu affirmer certains auteurs, ces femmes, pour éviter d'être en marge des coutumes et traditions de leur société et donc pour fuire les remontrances et les punitions de celle-ci, se voient, pour exercer cette profession forcées d'émigrer le plus loin possible de la vue des proches. Néanmoins, les liens avec la communauté de base n'en sont pas pour autant rompus. A l'occasion de chaque grande fête organisée dans leur village, ces femmes retournent dans leur pays. Leur apparente prospérité et bien-être, perçus à travers leur riche habillement, leurs parures, leurs bijoux, l'argent et les cadeaux distribués, persuadent facilement leurs amies à se joindre à elles dans leur "good life" en Côte d'Ivoire, ou au Burkina Faso. Par ailleurs, lorsqu'elles sont victimes de maladies souvent graves et reliées à leurs activités, incapables de faire face aux dépenses exorbitantes qu'entraînerait leur hospitalisation dans ces pays étrangers, les prostituées reviennent au village à la recherche de la thérapie locale mais surtout du soutien moral de leur parenté. Une telle situation expliquerait selon NEEQAYE et l., (1988), le fait qu'au

Ghana, les premières personnes chez qui on a dépisté le HIV séropositif étaient pour la plupart des prostituées ayant connu une migration interne ou internationale récente: plus de 72% des femmes trouvées positives à la suite du test Eliza, confirmé par d'autres tests indirects, avaient effectué une migration récente dans les pays voisins. Ainsi, comme dans le cas de l'Afrique centrale et de l'est, la prostitution d'une part, la mobilité géographique, d'autre part, représentent des facteurs majeurs dans la propagation de la maladie. Des conclusions similaires ont été avancées par VAN DE PERRE et al., (1985), lors d'une enquête comparative réalisée au Rwanda, en 1984 sur des prostitués (hommes et femmes) et sur un groupe de contrôle composé de personnes prétendant n'avoir jamais eu contact avec la prostitution. Au début de la période d'observation, toutes les prostituées s'étaient déclarées "bien portantes". Mais les résultats des analyses de laboratoire révélaient que 82% d'entre elles présentaient des symptômes de la maladie. Mais le fait important à noter ici, est la localisation géographique de l'endroit. Il s'agissait en effet de la localité de Butare, site de l'université du Rwanda et d'un important camp militaire, ayant en plus de nombreux contacts avec la frontière burundaise. Selon les auteurs, la forte intensité des flux migratoires qui caractérise la zone représente un facteur de risque important pour la transmission des MST dont le SIDA.

Enfin, soulignons les résultats d'une étude réalisée en Côte d'Ivoire sur plus de 1500 personnes dites à risque. Il s'agissait de prostituées, de prisonniers et de patients de l'hôpital. Le groupe de contrôle était constitué de femmes enceintes, de membres de l'administration pénitentiaire. Après divers tests médicaux, les taux d'infection les plus élevés ont été enregistrés chez les femmes prostituées: 33% de celles-ci étaient séropositives, alors que 3% des femmes enceintes l'étaient. Les auteurs ajoutent que plus de la moitié des femmes séropositives avaient souvent voyagé vers les pays voisins. La mobilité a joué un rôle important dans la diffusion de la maladie (DENIS et al. 1987). S'agissant des travailleurs migrants, une enquête conduite en Afrique du Sud dans les exploitations minières qui emploient près de 3 millions de migrants provenant des régions intérieures, des territoires "indépendants" et de huit autres pays voisins. L'enquête montre que les mineurs, du fait de leur statut migratoire, sont à la fois très vulnérables à l'acquisition du virus immunodéficient acquis (HIV) et aux agents potentiels pour sa transmission à d'autres personnes situées loin de ces lieux. Assez souvent absents de leur domicile pour de longues durées, les travailleurs rompent alors avec des patterns habituels de comportements sexuels assez stables. Le stress dû à l'éloignement de la conjointe et à l'absence d'activités récréatives, encourage nombre de ces travailleurs à passer des soirées avec les prostituées venues des environs ou de régions éloignées (JOCHELSON 1991).

Enfin rappelons que parmi les groupes à risque, on a souvent évoqué les camionneurs et autres transporteurs routiers (SABATIER 1989). Mais là encore force est de constater qu'il n'existe, à notre connaissance, aucune étude sur l'étendue de la dissémination de la maladie par cette sous-population.

Conclusion partielle

En Afrique, la maladie touche autant les hommes que les femmes, ce qui contraste avec les patterns jusque là observés dans les pays industrialisés. S'agissant des comportements en matière de sexualité, on ne peut les dissocier des importants changements socio-économiques qui affectent le continent. Parmi ceux-ci, la migration sous toutes ses formes est de loin le plus révolutionnaire. Les progrès enregistrés au niveau des moyens de communication, l'urbanisation rapide que vit le continent, l'influence de l'Occident sur les traditions locales dont une des conséquences est l'érosion des valeurs sociales, l'extrême pauvreté de la majorité des populations, ont engendré des bouleversements dans la société africaine particulièrement au niveau de la ville. Comme le suggèrent PELA et PLATT, et contrairement aux allégations de CALDWELL, la promiscuité et la multiplication des partenaires ne peuvent à elles seules expliquer la diffusion de la maladie en Afrique. Contrairement aux décisions prises par certains gouvernements (obligation des immigrants de se soumettre aux tests de dépistage du HIV), c'est beaucoup plus les recherches sur les différents patterns de mobilité et sur les comportements des migrants qui pourraient aider à la reconstitution du "puzzle" que représente la compréhension des modes de propagation de la maladie du HIV.

CONCLUSION GENERALE

Tout au long du travail, nous avons tenté d'illustrer les diverses formes des relations entre la mobilité humaine et la santé. Les échecs répétés des campagnes de contrôle et d'éradication des maladies tropicales telle la malaria et ce en dépit des déversements intensifs de pesticides, ont permis de convaincre les spécialistes des sciences médicales et notamment les épidémiologistes de l'intérêt de la prise en compte du facteur de mobilité humaine dans la propagation des maladies.

Mais malgré tout, on pourrait avoir l'impression que peu de recherches sont réellement parvenues à des conclusions sans équivoque sur la nature des relations entre la migration et la santé. En fait, c'est que les deux phénomènes sont d'une telle complexité qu'il est hasardeux, à partir de conclusions obtenues d'un groupe quelconque de migrants, de généraliser les résultats à d'autres groupes.

Les nombreuses formes que peut revêtir la migration, ses causes variées, les conditions différentes dans lesquelles elle survient et se réalise de même que les caractéristiques très variables des lieux de destination, sont autant de facteurs qui influencent d'une manière ou d'une autre la santé et les comportements reliés à la fois aux populations d'accueil et aux migrations eux-mêmes. A cela s'ajoutent les particularités propres à chaque migrant (caractéristiques socio-démographiques, antécédents culturels, attentes concernant l'avenir etc) qui ont toutes une incidence sur l'état et les comportements en matière de santé.

Au stade de l'évaluation et de l'interprétation de l'état et des comportements en matière de santé apparaissent nombre de difficultés reliées aux facteurs déjà énumérés, et particulièrement lorsqu'il s'agit de communautés culturelles différentes. Mais la principale difficulté à laquelle se heurtent les études sur la migration et la santé est sans doute le manque de conceptualisation suffisamment rigoureuse et centrée sur les populations migrantes.

Ainsi à travers les différentes études présentées dans ce travail, il apparaît, malgré certaines contradictions, que dépendamment du type de migration, du lieu de destination et des facteurs évoqués plus haut, les migrants sont exposés de manière variable, à nombre de facteurs de risques reliés notamment aux conditions de départ, d'habitat, de l'emploi de même qu'aux relations entretenues avec la société d'accueil. Cela ne doit cependant pas voiler les impacts positifs de la migration sur la santé des populations: accès à de meilleurs services de santé, amélioration du statut socio-économique, cessation des brimades et tortures dans le cas des réfugiés, etc.

Par ailleurs, si l'approche comparative entre migrants et natifs souvent adoptée dans les études pour l'évaluation de l'état de santé et l'utilisation des services, se révèle pertinente pour certains aspects des relations migration-santé, elle présente cependant à bien des égards des limites importantes. En effet, cette méthode occulte les écarts qui pourraient exister entre les migrants. Ces écarts peuvent parfois s'avérer plus importants que ceux existants avec les non migrants. Au niveau des comportements en matière de santé, les rares cas de similitude que l'on observe entre migrants et populations natives reflètent, à notre sens, une réussite dans le processus d'intégration de ces migrants. L'une des variables clé dans ce processus d'intégration demeure sans conteste celle du statut socio-économique. Enfin la rareté des données et souvent l'inexistence même d'enquête spécifique sur le thème qui nous concerne et ce, particulièrement dans les pays du Tiers Monde, limitent considérablement les conclusions sur les natures des relations entre la migration et la santé et interpellent les chercheurs en sciences sociales sur l'urgente nécessité de s'intéresser davantage à cet aspect essentiel de la migration. Dans le cas contraire, ce seraient des décisions restrictives d'ordre purement politique telle l'obligation de se soumettre à certains examens médicaux qui contribueraient à prévaloir en lieu et place de la recherche-action pour la santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

- ABISUDJAK B. et R. KOTANEGARA 1989 Transmigration and Vector-Borne Diseases in Indonesia, in Demography and Vector-Borne Diseases, Eds. Michael Service, C.R.C Press, Boca Raton, Florida
- AGBOLA, Tunde 1989 The Impact of Urbanization on the Health of Urban Nigerians, in: Urbanisation et Santé dans le Tiers Monde: Transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires, G. SALEM et E. JEANNEE eds., O.R.S.T.O.M, Collection Colloques et Séminaires.
- AMIN MUTAMAD 1984 Human Population Movements and their Impact on Transmission and Control of Schistosomiasis in Irrigation Schemes in the Sudan, in: Human Population Movements And Their Impact On Tropical Disease Transmission And Control, Proceedings of the Workshop Organised by the University of Peradeniya, Sri Lanka in collaboration with the U.N.D.P., World Bank and W.H.O., 28 th January - 1st February 1983, Peradeniya - Sri Lanka.
- AMOUSSOU YEYE DENIS 1990 Introduction à l'étude d'un phénomène migratoire complexe: les réfugiés tchadiens au Bénin, communication spontanée présentée à la Conférence sur Le Rôle des migrations dans le Développement de l'Afrique: problèmes et politiques pour les années 90, organisée à Nairobi, Kenya du 24 au 28 février 1990, par l'Union pour l'Etude de la Population Africaine (UEPA), pp 587-602.
- ANTOINE PHILIPPE, A. DUBRESSON, A. MANOU-SAVINA 1987 Abidjan "Côté cours" : Pour comprendre la question de l'habitat, Editions de l'ORSTOM et Karthala, Paris.
- ANTOINE PHILIPPE 1985 Peuplements urbains: Mortalité, Fécondité et conditions d'habitat à Abidjan, Communication présentée au Congrès international de la population, organisée par l'Union Internationale Pour l'Etude Scientifique de la Population, Florence 5-12 Juin, vol.3, pp: 93-107.
- ARBAB DONNA M. et LOUISE WEIDNER 1986 Infectious Diseases and Field Water Supply and Sanitation among Migrant Farm Workers, American Journal of Public Health 76: 694-695.
- AULT S. K. 1989 Effect of Demographic Patterns, Social Structure, and Human Behavior, in Demographic and Vector - Borne Diseases, eds. Michael Service, C.R.C. Press, Boca Raton, Florida, pp: 283-302.

BAGLEY, C. 1968 Migration, Race and Mental health: A review of Some Recent Research, Race, 9 (3): 434-356.

BALDWIN WENDY 1987 More About AIDS, Introductory Note, IMR, vol.21-3: xv-xvii.

BANYWEINE MUHWEZI A.D., 1990 Refugees: Stemming the problem at the source, communication spontanée présentée à la Conférence sur Le Rôle des migrations dans le Développement de l'Afrique: problèmes et politiques pour les années 90, organisée à Nairobi, Kenya du 24 au 28 février 1990, par l'Union pour l'Etude de la population Africaine (UEPA), pp 613-629.

BARRY BOGIN and ROBERT B. MACVEAN 1981 Biosocial effects of Urban Migration on the Development of Families and Children in Guatemala, American Journal of Public health, 71 (12): 1373-1377.

BAR-YOSEF, R. 1968 Desocialization and Resocialization: The Adjustment Process of Immigrants, International Migration Review, 12:27-45.

BASSET MARY. T and MARVELLOUS MHLOYI 1991 Women and AIDS in Zimbabwe: The Making of an Epidemic, Intern. Journ. of Health Services, 21 (1) : 143-156.

BENYOUSSUF A. et al. 1973 Santé, migration et urbanisation: Une étude collective au Sénégal, Bull. Org. Mond. Santé, 49: 517-537.

BENYOUSSUF A. et al. 1974 Health Effects of Rural-Urban Migration In Developing Countries-Senegal, Soc. Sci.. and Med. Vol. 8:243-254.

BERSTEIN, M. 1976 Causes and Effects of Marginality: A latin American View of the Mental Health Aspects, Int. J. Ment. Health, 5 (2):80-95.

BERTRAND, E. et al. 1976 Etude de la prévalence et de certains aspects épidémiologiques de l'hypertension artérielle en Côte d'Ivoire, Bul. Org. Mond. Santé, 54:449-254.

BIENIA, R. A. and others 1982 Cuban Refugee health Care: Response of the American health Care System to the Unexpected arrival of 125,000 Immigrants, American Journal of Public Health, 72:6, pp. 594-596.

BIGGAR R. J. 1986 The AIDS problem in Africa, Lancet, 1:79-83.

BLONDEL B., M. KAMINSKI, et C. RUMEAU-ROUQUETTE 1982 Les inégalités sociales de la surveillance prénatale: Influence des filières médicales et de l'opinion des femmes, dans, Les colloques de l'I.N.S.E.R.M.: Conceptions, Mesures et Actions en Santé Publique, I.N.S.E.R.M. Vol. 104:509-520.

BOLTANSKI, L. 1971 Les usages sociaux du corps, Annales 26: 205-233.

BOURDILLON FRANCOIS, et al. 991 La santé des populations d'origine étrangère en France, Soc. Sci. Med. Vol. 32-11, pp. 1219-1227.

BOURDILLON FRANCOIS 1986 La Santé des réfugiés accueillis en France, Migrations - santé, Numéro 46 1er Trimestre, Paris.

BOURDILLON F., et Danielle CANDAU 1985 La tuberculose et les étrangers en France, Migrations Santé, No. 43, : 5-9.

BOUVIER_COLLE M. H., et al. 1981 Les Pratiques de santé: une enquête dans la population, Cahiers de Sociologie et de démographie médicales, XXIème année, No 3, pp; 101-111.

BOZZINI L. ET TESSIER R. 1985 Support social et santé dans Traité d'anthropologie médicale, Dufresne J. et coll. (eds.), Presses de l'Université de Montréal, Presse de l'Université du Québec.

BRIOT FRANCOISE et GILLES VERBUNT 1981 Le jour où il ne travaille plus, il n'a plus sa raison d'être en France, Immigrés dans la crise: l'avenir des immigrés en France, Editions Ouvrières, Paris.

BROCKERHOFF MARTIN 1990 Rural-to-Urban Migration and Child Survival in Senegal, Demography, Vol.27, 4:601-616.

BRUCKER GILLES 1989 Les migrants, dans Santé Publique, (sous la direction de) Brucker Gilles et Fassin Didier, pp:781-812, Ellipses, Paris.

BRUNET-JAILLY, J. et AUDIBERT, M., 1981 Santé et développement approche systémique et économétrique, Monde en développement, IX (35): 47-78.

CALDWELL, JOHN C., PAT CALDWELL, and PAT QUIGGIN 1989 The social context of AIDS in Sub-Saharan Africa, Population Development Review, 15, No. 2: 185-234.

CANADA, Santé et Bien-être social, Multiculturalisme et Citoyenneté: 1988 Puis... la porte s'est ouverte: Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés, Rapport du Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada.

CASSEL J. 1971 Health consequences of population density and crowding, in Population Growth consequences and Policy Implications, Chap.XII, Johns Hopkins University Press, Baltimore.

CHAMPION Y. 1966 Social Psychiatric Aspects of Migration, in Migration, Mental Health and Community Services, Proceeding of a Conference Convened by the American Joint Distribution Committee, Co-Sponsored by the World Federation for Mental health, and held in Geneva, Switzerland, Ed. DAVID H. P., pp. 34-45.

CHAN KWOK B., and DAVID LOVERIDGE 1987 Refugees "in Transit" Vietnamese in a Refugees camp in Hong-Kong, International Migration Review, Special Issue, Vol. 21, fall, pp: 745-759.

CHARBIT Y. 1981 Aperçu statistique et démographique, XXVI Congrès de l'Association des pédiatres de langue française, Toulouse.

COCHON, J. D. 1981 Psychological Adjustment and Dysfunction among Refugees, International Migration review, 15 (1-2): 225-275.

COLL Awa M. et al. 1989 Choléra et Urbanisation à Dakar, in Urbanisation et santé dans les villes du Tiers-Monde : Transition épidémiologique, Changement social et soins de santé primaires, pp.87-92, G. SALEM, E. Jeannee eds.

CORDELL DENNIS D., JOEL W. GREGORY, and VICTOR PICHE 1983 The Demographic Reproduction of Health and Disease: a model illustrated with case studies of colonial Central African Republic and contemporary Burkina faso.

COYE MOLLY JOEL 1985 The Health Effects of Agricultural production: The health of Agricultural Workers, Journal of Public health Policy, 6(3):349-370.

CRAIG, R. J. and Ivan G. PAWSON 1986 Migration and Biocultural Adaptation Samoans in California, Soc. Sci. Med., 22(8): 821-834.

DENIS FRANCOIS et al., 1987 prevalence of Human T-Lymphotropic Retroviruses Type III (HIV) and Type IV in Ivory Coast, The Lancet, February 21.

DEROSIERS DENISE, JOEL GREGORY et VICTOR PICHE 1978 La migration au Québec: Synthèse et bilan bibliographique, Gouvernement du Québec, Ministère de l'immigration, Etudes et documents No. 2.

DIEKSTRA René 1988 La vie urbaine, Santé du Monde, Juin, pp.18-19.

DJERKENS J. 1969 Les problèmes psychologiques posés par l'intégration des migrations, dans Conditions de vie et de santé des migrants et de leurs familles, Etudes de médecine sociale, Editions de l'Institut de Sociologie, Université Libre de Bruxelles, pp. 85-124.

DUNBAR TONY and LYNDA KRAVITZ 1976 Hard traveling: Migrant farm Worker in America, Cambridge, Massachusets.

ELLIOT JEAN-LEONARD 1972 Cultural barriers to the utilisation of health services, inquiry, 9:28-35.

ENGELHARD Philippe (sous la direction de) et BEN ABDALLAH Taoufikh 1986 Enjeux de l'après-barrage: Vallée du Sénégal, ENDA Tiers Monde et Ministère français de la Coopération.

ESTRAMON B. 1986 Approche de la notion de souffrance psychique chez les réfugiés, Migrations Santé, no.24:30-34.

FARGUES PHILIPPE et OUAIDOU NASSOUR 1988 Douze ans de mortalité urbaine au sahel: Niveaux, tendances, saisons et causes de mortalité à Bamako 1974 - 1985, Travaux et Documents, Cahier no 123, Institut National d'Etudes Démographiques , Institut du Sahel, PUF, Paris.

FASSIN DIDIER and al. 1988 Who Consults and Where? Sociocultural differentiation in access o Health Care in Urban Africa, International Journal of Epidemiology, Vol.17 No. 4.

FELLOUS, Michèle 1982 Les femmes migrantes, Les Colloques de l'INSERM, Conceptions, mesures et Actions en Santé Publique, Vol. 104, pp. 541-558.

FELLOUS Michèle 1988 la contraception chez les femmes maghrébines Migrations-Santé, No 54/55.

FERGUSON ALAN 1986 Women's Health in Marginal Area of Kenya, Soc. Sci. Medic., 23 (1) : 17-29.

FIEDLER JOHN L. 1981 A review of the literature on access and utilisation of medical care with special emphasis on rural primary care, Soc., Sci., & Med. Vol 15c: 129-142.

GENTILINI M. et al. 1986 La santé des migrants, Rapport au Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité nationale, et au Secrétaire d'Etat chargé de la santé, Collection des rapports officiels, Paris.

GILBERT ARNOLD 1972 Health problems of Migrant Children: A Dissenting View, Peditrics 50 : 500-502.

GILON C. 1969 Problèmes d'accueil et d'intégration des immigrants dans une région de la Belgique, dans Conditions de vie et de santé des migrants et de leurs familles, Etudes de médecine sociale, Editions de l'Institut de Sociologie, Université Libre de Bruxelles, pp. 151-162.

GOTTLIEB B., 1976 Lay influence on the utilization and provision of health services: a review, Can. Psych. Rev. 17, 126.

CRAFDAR MARCEL 1969 Problèmes sociaux et sanitaires des migrants dans: Conditions de vie et de santé des migrants et de leurs familles, Editions de l'Institut de Sociologie, Université Libre de Bruxelles.

GREGORY JOEL W. et VICTOR PICHE 1986 Population, santé et développement: cadre conceptuel, variables clés et possibilités méthodologiques, dans Les actes du séminaire méthodologique sur les interrelations population, santé et développement, tenu à Bamako, mali et organisé conjointement par le Centre de Recherche sur la pour le Développement International (CRDI) et l'Institut du sahel (INSAH), Etudes et Travaux de l'USED no. 6: 33-78.

GUTTMACHER SALLY 1984 Immigrant Workers: Health, Law, and Public Policy, Journal of Health Politics Policy and law, 9 (3): 503-514.

HEROLD PAULINE and DIVA SANJUR 1986 Homes For The Migrants: The Pueblos Jovenes Of Lima : A Study of Socioeconomic determinants of Child Malnutrition, Arch. lat. Nut., 36 (4) : 599-624.

HULL, Diana 1979 Migration, Adaptation, And Illness: A Review, Soc. Sci. and Med. Vol. 13A. pp. 25-36.

JACO, E. G. 1960 The Social Epidemiology of mental Disorders: A psychiatric Survey of Texas, New-York: Russel, Sage Fondation.

JOCHELSON KAREN, MONYAOLA MOTHIBELI and J.P. LEGER 1990 Human Immunodeficiency Virus and Migrant labour in South Africa, Int. Journ. health Serv. Vol. 21 (1): 157-173.

KAUFMAN Mildred and al 1973 Families on the fields: their Food and Their health, Report of the Florida Migrant Nutrition project, Department of health and rehabilitative Services, State of Florida, Monograph Serie Number 13, jacksonville, Florida.

KIEV, A. 1965 Psychiatric Morbidity of the West Indian Immigrants in an Urban group practice, Brit. J. Psychiat. 111:51-56.

KONDRASHIN A. V. and V.S. ORLOV 1989 Migration and Malaria, in Demography and Vector - Borne Diseases, Eds. Michael Service, C.R.C. Press, Boca raton, Florida, pp: 353-365.

LACROIX M.E.G. 1969 Le problème du logement du travailleur étranger dans Conditions de vie et de santé des migrants et de leurs familles, Etudes de médecine sociale, Editions de l'Institut de Sociologie, Université Libre de bruxelles, pp. 143-150.

LASKER J.N., 1983 Choosing among therapies: Illness behaviour in the Ivory Coast, Soc. Sci. med. 17:579-583.

LEBLANC MARIE-NATHALIE, DEIRDRE MEINTEL, VICTOR PICHE 19.. The African Sexual System: Fact or Fiction? Population Development Review, 17, no.2

LOPEZ S., 1981 Mexican-American usage of mental health facilities: Under-utilisation considered, in exploration in Chicano Psychology, Baron, Jr., A. ed., New York.

MALEK E.A., and J.-P., CHAINE 1989 Effects of the Developments in the Senegal River Basin on the Prevalence and Spread of Schistosomiasis, in Demography and Vector - Borne Diseases, eds. Michael Service, C.R.C. Press, Boca Raton, Florida, pp: 181-192.

MALZBERG B. and EVERETT LEE 1956 Migration And Mental Disease: A study of First Admissions to Hospitals for Mental Disease, New York, 1939-1941, New York, Social Science Research Council.

MALZBERG, BENJAMIN 1969 Internal Migration and Mental Disease Among the White Population of New York State 1960-1961, Inter. J. Soc. Psychiat. 184-191.

MARCOUX RICHARD 1989 De la théorie urbaine à la pratique statistique: essai sur le concept de l'urbain et son impact sur la recherche démographique africaniste, présenté dans le cadre de l'examen de synthèse du programme de doctorat de démographie, Université de Montréal.

MARTINE, G. 1975 Volume, Caracteristics and Consequences of Internal Migration in Colombia, Demography, 12:2, pp. 193-208.

MCKINLAY JOHN B., 1975 Some issues associated with migration, health status and the use of health services, J. Chron. Dis., Vol. 28, pp.579-592.

McSPADDEN LUCIA ANN 1987 Ethiopian Refugee Resettlement in the Western United States: Social Context and Psychological Well-Being, IMR, Vol.21-3:796-819.

MILLET M. 1969 Ouvriers migrants et tuberculose pulmonaire, dans, Conditions de vie et santé des migrants et de leurs familles pp.41-47, Etudes de médecine sociale, Editions de l'Institut de Sociologie, Université Libre de Bruxelles.

MONTEIRO LOIS A. 1977 Immigrants without Care, Society, 4(6):38-48.

MORRISSON, S.D. 1973 Intermediate Variables in the Association between Migration and Mental Illness, Inter. J. Soc. Psychiat., 19:60-65.

MORGAN, P. and ANDRUSHKO, E. 1977 The use of diagnostic-specific rates of mental hospitalization to estimate underutilization by Immigrants, Soc. Sc. Med. 11 (11-13) : 611-618.

MORTON B. and H. COLLOMB 1981 Mastering Change: Epidemiological and Case Studies in Senegal, West Africa, Am. J. Psychiatry, 138:4, pp. 455-459.

MOSLEY, W. HENRY ET CHEN, LINCOLN C., 1984 An Analytic Framework for the study of Child Survival in Developing Countries, Population and Development Review, supplément vol. X: 25-45.

MOUNIER, B. and DUBUIS, J. 1976 The North African Immigrant in France, Inter. J. Ment. health 5 (2) : 96-102.

MURPHY, H. B. M. 1955, Personnes déplacées, UNESCO.

MURPHY, H. B. M. 1977 Migration. Culture and Mental health, Psychological Medecine 7 (4): 667-684.

MYERS GEORGE C. 1969 Health effects of Urbanization and Migration, Communication présentée à la Conférence de l'Union International pour l'Etude Scientifique de la Population, (UIESP), London, Septembre 1969.

NADIM A., H. AMINI and H. MALEK-AFZALI 1978 Blood pressure and urban migration in Iran, International Journal of Epidemiology, Vol. 7-2, pp.131-138.

NEEQAYE A.R., and al., 1988 Dynamics of Human Immune Deficiency Virus (HIV) Epidemic_ The Ghanaian Experience, in The Global Impact of AIDS, Proceedings of the First International Conference on the Global Impact of AIDS, London, Edited by Alan r., LISS, Inc, New-York, pp:9-15.

NUNEZ OSCAR 1984 Périphérie urbaine et intervention étatique à Mexico, dans Le logement, l'Etat et les Pauvres dans les villes du Tiers-Monde, centre national de la Recherche Scientifique, Centre d'Etudes de Géographie Tropicale, Bordeaux : 97-114.

ODEGAARD, O. 1936 Emigration and Mental health, Mental Hygiene 20: 543-553.

O'FARREL A. 1987 AIDS and the Witch Doctor, Lancet, 11:66-167.

OMINDE SIMEON H. 1989 Demography and Vector-Borne Disease in Kenya, in Demography and Vector-Borne Diseases, Eds. Michael Service, C.R.C. Press, Boca Raton, Florida, pp:317-332.

OUEDRAOGO DIEUDONNE 1990 Les mouvements de colonisation agricole dans les pays sahéliens: bilan et perspectives, communication spontanée présentée à la Conférence sur Le Rôle des migrations dans le Développement de l'Afrique: problèmes et politiques pour les années 90, organisée à Nairobi, Kenya du 24 au 28 février 1990, par l'Union pour l'Etude de la Population Africaine (UEPA).

PARKER S.R.K., and NEEDELMAN B. 1969 Migration and Mental Health Illness, Soc. Sci. and Medi., Vol. 13B. pp.258-268.

PELA ONA A. 1986 Adolescent Alcoolism in Benin-City, Nigeria, Adolescence, 21:487-492.

PELA ONA A. and JEROME PLATT 1989 AIDS in Africa: Emerging Trends, Soc. Sci. Med., 28 (1):1-8.

P.N.U.D. 1990 Rapport Mondial sur le Développement Humain 1990 Ed. Economica, Paris.

PROTHERO R. MANSELL 1963 Population Mobility and Trypanosomiasis in Africa, Bul. of the World. Health. Org. 28, pp.615-626.

PROTHERO R. MANSELL 1965 Migrants and malaria, Longmans and Green, London.

PROTHERO R. MANSELL 1977 Disease and Mobility: A neglected aspect of Epidemiology, International Journal of Epidemiology 6, 259-267.

PROTHERO R. MANSELL 1984 Mouvements de population, Santé du Monde, Juin.

PROTHERO R. MANSELL 1989 Problems of Human Mobility and Diseases, in Demography and Vector - Borne Diseases, Eds.

Michael Service, C.R.C. Press, Boca Raton, Florida, pp:11-16.

PRUAL A., CHAKO S. and OKOCH V. 1991 Sexual behaviour, AIDS and Poverty in Subsaharan Africa, Intern. Journ. of STD & AIDS, 2 (1): 1-9.

REINERT Philippe et Pierre STRAUS 1972 Problèmes de santé de l'enfant des migrants, dans La santé des migrants, Comité Médical et Médico social d'Aide aux Migrants, Editions Droit et Liberté, Paris.

ROBERTSON JOHN W. 1903 Prevalence of insanity in California, American Journal of Insanity, 60: 81-82.

ROBINSON, M. J. and others 1982 Ethnic differences in perinatal mortality a challenge, Journal of Epidemiology and Community Health, 36, pp. 22-26.

ROUNDY R. W. 1989 Problems of Resettlement and Vector-Borne Diseases Associated with Dams and Other Development Schemes in Demography and Vector-Borne Diseases, pp. 193-206, Edited by Michael W. Service, CRC Press, Inc., Boca raton, Florida.

SABATIER RENEE 1989 SIDA: l'Epidémie raciste, P. Institut Panos, l'Harmattan, Paris.

SAKALA, CAROL 1987 Migrant and Seasonal farmworkers in the United States: A review of health Hazards, Status and Policy, I.M.R., Vol. XX, Numéro 3:659-687.

SALEM GERARD 1989 Transition épidémiologique, changement social et Soins de Santé Primaires dans les villes du Tiers-Monde: introduction aux actes du Séminaire, dans: Urbanisation et Santé dans les villes du Tiers-Monde: Transition épidémiologique, Changement social et soins de santé primaires, pp. 3-14, G. SALEM, E. Jeannee eds.

SANUA, V. 1969 Immigration, Migration and mental health Illness: A review of the literature with emphasis on Schizophrenia, In Behavior in Environments, Edited by E. Brodly Beverly Hills: sage Publications.

SAUREL-CUBIZOLLES 1988 Surveillance prénatale et issue de la grossesse des femmes originaires du Maghreb, Migrations Santé, No. 54/55.

SERANGE-FONTERME 1984 La consommation médicale des immigrés, Prévenir, No 7.

SERANGE-FONTERME 1985 Les disparités sociales de la consommation médicale, Soc. Sci. and Medi. Vol. 21 (2): 103-113.

SERVICE M.W. 1989 Urbanisation: A Hot-Bed of Vector-Borne Diseases, in Demography and Vector-Borne Diseases, Eds. Michael W. Service, C.R.C. Press, Inc. Boca raton, Florida, pp. 59-84.

SHEARS P., and T., LUSTY 1987 Communicable Disease Epidemiology Following Migration: Studies from The African Famine, IMR, Vol. 21-3 : 783-795.

SHENKIN BUDD N. 974 Health Care for Migrant Workers: Policies and Politics, Cambridge, Massachussets.

SLESINGER DORIS and al. 1986 Health and mortality of migrant farm children, Soc. Sci. med. Vol. 23 No 1:65-74.

SOW BOUBACAR 1990 Emigration du père et mortalité infanto-juvénile au Sénégal oriental, communication spontanée présentée à la Conférence sur Le Rôle des migrations dans le Développement de l'Afrique: problèmes et politiques pour les années 90, organisée à Nairobi, Kenya du 24 au 28 Février 1990, par l'Union pour l'Etude de la Population Africaine (UEPA).

Statistique Canada, Santé et Bien-être social canada 1981 La santé des Canadiens, rapport de l'Enquête Santé Canada.

STROMBERG J. and al. 1974 Migration and health: Adaptation Experience of Iranian Migrants to the city of Teheran, Soc. Sci. and Medi., 8, 309.

SYME, L. S. and al. 1964 Some Social and Cultural factors associated with the Occurrence of Coronary Heart Disease, J. Chron. Disease 17: 222.

TELLER, C.H. 1972 Internal Migration, Socio-economic Statut and Health: Acces To medical Care In Honduran City, A Thesis presented to the Faculty of the graduate School of Cornell University for the Degree of Doctor of Philosophy.

UYANGA Joseph 1983 Rural-Urban Migration and Sickness / Health care Behaviour: A Study of Eastern Nigerian, Soc. Sci. and Medi., Vol. 17:9, pp. 579-583.

VAN DE PERRE P. et al. 1985 Female Prostitutes: a risk group for infection with human T-cell lymphotropic virus type III, Lancet 2:524-527.

VEGA, W. and al. 1987 Migration and mental health: An Empirical Test of Depression Risk Factors Among Immigrant Mexican Women, I.M.R. xxi (3) : 512-530.

VELEZ CARMEN NOEMI 1984 Migration and Health: Literature Review With Emphasis On Tropical Diseases, in: Human population Movements and Their Impact On Tropical Disease Transmission And Control, Proceedings of the Workshop Organised by the University of Peradeniya, Sri Lanka in collaboration with the U.N.nD.P., World Bank and W.H.O., 28 th january - 1st February 1983, Peradeniya - Sri Lanka.

VIENS PIERRE 1991 L'agonie d'un continent, l'Actualité, 15 mars : 13-18.

VITTECOQ D. and al. 1987, Acquired Immunodeficiency Syndrome after travelling in Africa: an epidemiological study in seventeen caucasian patients, Lancet 3, 612-615.

VINING D. R. 1982 Migration between the core and the periphery, Scientific American, 247:6, pp. 45-56.

WALKER GEORGE M. 1979 Utilization of health Care: The Laredo Migrant Experience, Am. Jour. Publ. Health, 69 (7) : 667-672.

WANGEN (de) G. EROLD, 1986 La santé des réfugiés en France, Migrations-Santé, no. 46:5-7.

WATTS, S. 1987 Population Mobility and Disease Transmission: The Example of Guinea Worm Soc. Sci. and Med. Vol 25, 10:1073-1081.

WESSEN A. F 1972 Human Ecology and malaria, Trop. Medi. and Hygiene 21 (5), pp : 668-676.

W.H.O. 1975 Tuberculosis Control Among Migrant Workers, Report on a Working Group on Tuberculosis Control among Migrant Workers, Berne, 1975.

W.H.O. 1984 Migration and Health, in Population Distribution, Migration and Development, proceedings of the Expert Group on Population Distribution, Migration and Development, Hammamet (Tunisia), 21-25 march 1983, United nations, New York.

WOOD, M. 1988 Review of the literature on Migrant Mental Health, Santé - Culture- Health V (1) : 5-36.

YACH DEREK, CATHERINE MATHEWS and ERIC BUCH 1990 Urbanisation and Health: methodological difficulties in Undertaking Epidemiological Research in Developing Countries, Soc. Sci. Med. Vol. 31-4, pp. 507-514.

YOUNG ROSALIE and al., 1987 Health Status, Health Problems and Practices Among Refugees from the Middle Eastern Europe and Southeast Asia, International Migration Review, Special Issue, Vol. 21, Fall, pp. 761-782.

NIB
(Nouvelle Imprimerie Bamakoise)
Tél. : 22 78 20
Bamako



