



**GLOBAL COMMISSION ON
INTERNATIONAL MIGRATION (GCIM)**

COMMISSION MONDIALE SUR LES MIGRATIONS INTERNATIONALES (CMMI)
COMISIÓN MUNDIAL SOBRE LAS MIGRACIONES INTERNACIONALES (CMMI)

www.gcim.org

GLOBAL MIGRATION PERSPECTIVES

No. 55

November 2005

**De l'utilité du genre dans les politiques et les programmes de
prévention du sida dans le contexte migratoire**

Ibrahima Amadou Dia

Doctorant en sociologie à l'université de Genève

ibadia@bluewin.ch

diaibra9@etu.unige.ch

Global Commission on International Migration
1, Rue Richard Wagner
CH:1202 Geneva
Switzerland

Phone: +41:22:748:48:50

E:mail: info@gcim.org

Web: <http://www.gcim.org>

Global Commission on International Migration

In his report on the 'Strengthening of the United Nations - an agenda for further change', UN Secretary-General Kofi Annan identified migration as a priority issue for the international community.

Wishing to provide the framework for the formulation of a coherent, comprehensive and global response to migration issues, and acting on the encouragement of the UN Secretary-General, Sweden and Switzerland, together with the governments of Brazil, Morocco, and the Philippines, decided to establish a Global Commission on International Migration (GCIM). Many additional countries subsequently supported this initiative and an open-ended Core Group of Governments established itself to support and follow the work of the Commission.

The Global Commission on International Migration was launched by the United Nations Secretary-General and a number of governments on December 9, 2003 in Geneva. It is comprised of 19 Commissioners.

The mandate of the Commission is to place the issue of international migration on the global policy agenda, to analyze gaps in current approaches to migration, to examine the inter-linkages between migration and other global issues, and to present appropriate recommendations to the Secretary-General and other stakeholders. The Commission's report was published on 5 October 2005 and can be accessed at www.gcim.org.

The research paper series 'Global Migration Perspectives' is published by the GCIM Secretariat, and is intended to contribute to the current discourse on issues related to international migration. The opinions expressed in these papers are strictly those of the authors and do not represent the views of the Commission or its Secretariat. The series is edited by Dr Jeff Crisp and Dr Khalid Koser and managed by Nina Allen.

Potential contributors to this series of research papers are invited to contact the GCIM Secretariat. Guidelines for authors can be found on the GCIM website.

Introduction¹

Le sida, préoccupation de santé publique, est aussi un problème de santé internationale. Le VIH (virus d'immunodéficience humaine) se transmet par transfusion sanguine d'une personne infectée, lors de rapports sexuels non protégés avec une personne contaminée par le virus, de la mère à l'enfant à la naissance ou lors de l'allaitement maternel. A cela s'ajoutent la proportion élevée de femmes enceintes porteuses du VIH, le fait que le dépistage du sida ne soit pas une pratique courante et l'ignorance des personnes infectées au VIH de leur état sérologique. Les traitements antirétroviraux ne sont pas accessibles aux personnes démunies, surtout dans les pays pauvres. Le taux de prévalence du sida chez certains groupes (homosexuel, bisexuel et les groupes dits de la dépendance tels que la toxicomanie), l'augmentation des infections par voie hétérosexuelle et le scandale des transfusions sanguines continuent d'être une préoccupation des responsables des programmes de prévention.

Les études sur la thématique "Migrations et sida" mettent souvent l'accent sur la perception sociale du sida, les coûts psychosociaux de cette maladie, l'incidence de la précarité et du chômage, l'importance de la prévention. En l'absence de thérapies viables, la prévention est considérée comme un recours pour réduire les nouvelles infections du sida et pour combattre les formes de discrimination dont sont victimes les porteurs du VIH/sida.

Les implications de la pandémie du sida sont multiples et vont au-delà du cadre biomédical:

L'accent mis sur les co-facteurs de risque d'infection par le VIH, s'est transformé en un intérêt porté aux co-facteurs psychosociaux des risques d'infection par le VIH tels que: - l'amour- le désir - l'intimité- la communication et la négociation- l'usage de la drogue- l'absence de support social (Heckmann, 1998: 54).

Les facteurs d'attraction et de pression à l'origine des migrations (pauvreté, conflit, insécurité, chômage, quête de la sécurité humaine, etc.) peuvent accroître les risques d'infection au VIH (ONUSIDA/OIM, 1998). Les situations de vulnérabilité, d'éloignement et de rupture affectifs et leurs implications dans l'émergence de comportements sexuels à risques et l'augmentation du taux de séropositivité ont fait l'objet de nombreuses études (Anarfi, 1993, Mishra, 2004, etc.).

Cette étude analyse quelques déterminants socioanthropologiques liés à la prévention du sida chez les communautés migrantes. L'étude montre que l'approche genre peut être un outil indispensable dans l'identification des comportements sexuels à risques, dans la sensibilisation et dans l'élaboration de politiques de prévention efficace.

¹ Cet article est une *mise à jour* de notre contribution parue dans la Revue électronique de sociologie Esprit Critique : Dia, I.A. (2000) Prévention du sida, genre et migrations en Europe in *Revue électronique de sociologie Esprit critique* Volume 2 n° 11 <http://vcampus.univ-perp.fr/espritcritique/0211/article1.html>.

Pour une déconstruction du discours sur “migration et sida”

Le sida, replacé dans le contexte des migrations internationales, renvoie à une série d'interrogations sur le rapport entre l'identité et l'altérité. Fassin (1998:46-50, 1999) souligne que '(...) l'existence d'un “sida africain” a été évoquée dès la découverte des premiers cas originaires de la République Démocratique du Congo (ex-Zaïre) et du Congo en 1982, avec comme corollaires conclusions hâtives, généralisations, et préjugés des chercheurs et des spécialistes et indignation et dénégation des communautés ciblées, victimes de suspicions, de racisme, de blâme et de discriminations. On retrouve également cette notion de groupe à risque dans certaines publications à caractère “scientifique”, comme l'illustre la classification en terme de groupes à risques ou le fameux “quatre H” (homosexuels, haïtiens, hémophiles et héroïnomanes) en référence à la pandémie du sida en Amérique du Nord. Cette catégorisation lourde de danger est vecteur de stigmatisation et d'exclusion. Le fait que le sida touche différentes composantes de la population rend caduque la notion de groupes à risques et le mode de pensée épidémiologique.

Le domaine sanitaire est un cadre de reproduction de figures mythologiques décrivant l'autre ou l'étranger comme un “facteur à risque” ou comme “une menace”. On assiste à un “déplacement” du débat sur le sida: du débat scientifique à l'origine concernant la paternité de la découverte du VIH, on est passé progressivement à un débat aux contours politico-idéologiques avec des soubassements anthropologiques. Le discours sur le sida constitue une transfiguration de l'autre, “l'autre” que l'on considère comme étant la cause de l'expansion de cette épidémie. De même, une représentation du sida comme la conséquence de pratiques jugées déviantes (homosexualité, toxicomanie, prostitution, etc...) persiste.

Les politiques de prévention chez les migrant-es sont caractérisées par l'opposition classique entre l'Universel et le particulier. L'approche universaliste ne tient pas compte des dimensions culturelles, religieuses et politiques et adopte un discours scientifique qui peut paraître abstrait. L'inconvénient d'une telle approche est qu'elle utilise un langage qui peut paraître abstrait ou choquant pour les migrant-es. L'approche “relativiste”, quant à elle, intègre les spécificités culturelles et religieuses... Mais elle débouche sur une “ghettoïsation” et sur une logique “communautariste” qui cachent des relents ethnocentristes et racistes. En même temps, une telle approche semble occulter les relations interculturelles (mariages mixtes. . .) qui rendent caduques les stratégies basées sur des communautés isolées :

La prévention chez les migrants pâtit de l'opposition entre deux approches : l'une universaliste, qui refuse d'envisager une quelconque spécificité des populations concernées, craignant la création de “ghettos”, l'autre communautariste, qui pense au contraire résoudre les difficultés par la création de groupes de culture spécifique. (...) Le choix est fait entre un langage cru qui choque et un langage scientifique utilisant des termes empruntés (...) souvent incompris des migrants (CRIPS, 1999:9).

Déterminants socio-anthropologiques et psychosociologiques liés au vécu des femmes migrantes: Au-delà du sida

Le sida: identité et altérité, déni et bouc-émissaire, ignorance et persistance des tabous

La perception du sida chez les migrants d'origine maghrébine en France est influencée par la culture arabo-islamique (prévalence de figures telles que Satan ou de thèmes tels que le châtiment et la malédiction divins dans les représentations sociales du sida). L'immigrant en France est écartelé entre des cadres socioculturels différents et est confronté à l'angoisse du retour, à la sanction sociale et à la remise en cause profonde de son identité face au sida:

Au passage, le VIH provoque chez le migrant une remise en question de son immigration même, du sens de sa vie, et du projet qu'il se réservait dans l'optique de migration. Le risque de contamination révèle le risque latent de l'exilé (volontaire ou pas) du bannissement que nous avons nommé l'ultime exil (Moumen, 1993).

Selon une étude sur les femmes migrantes africaines en Suisse vivant avec le VIH, la plupart d'entre elles ignoraient leur état de séropositivité avant d'avoir subi les tests de dépistage du sida. La persistance des tabous et la stigmatisation des personnes infectées constituent les principaux obstacles à la prévention du sida chez les migrants originaires de l'Afrique Subsaharienne en Suisse (Tonwe-Gold, Hirschel, Roulin, Haour-Knipe, Rickenbach, 2002:44-51).

Vulnérabilités, exclusion, stigmatisation et précarité des conditions de vie

L'opinion publique, les hommes politiques et les médias, en établissant un lien entre les migrations et sida, renforcent les stéréotypes et les stigmatisations à l'endroit des communautés migrantes. Cette stigmatisation des groupes migrants est renforcée par les prises de position de certains médias et l'instrumentalisation de la question "migration et sida" par des hommes politiques avec des risques de déferlement de la haine, de la xénophobie, du racisme et de la peur. La fausse croyance à savoir que le sida c'est l'autre (c'est-à-dire aussi une maladie importée par les étrangers) peut créer un sentiment naïf et injustifié de soulagement alors que le sida n'est pas réductible à un groupe spécifique (Haour-Knipe, 1996; All- Party Parliamentary Group on AIDS², 2003:11).

Les situations de vulnérabilité et les contraintes liées à la vie de l'émigré peuvent rendre le migrant plus exposé à l'infection au VIH/sida. Des études ont montré que la vulnérabilité socio-économique du migrant peut accroître la vulnérabilité de celui-ci

² Le All-Party Parliamentary Group on AIDS (APPG), préoccupé par la recrudescence des formes de stigmatisation et de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH en Angleterre et en particulier à l'encontre des groupes migrants a réalisé une étude pour comprendre l'impact sur le système de santé et de sécurité sociale britannique; les mesures et les initiatives concrètes en matière de soins préventifs et curatifs et les politiques et options pour améliorer la situation des personnes infectées au VIH/sida.

face au sida. Les femmes migrantes engagées dans des migrations clandestines sont souvent exposées aux abus, aux violences et à la contrebande, ce qui accroît les risques d'infection au VIH. Elles sont aussi victimes des discriminations sexistes, et de la précarité de l'emploi et du revenu. Le risque est plus élevé chez les femmes migrantes travailleuses du sexe. L'absence de couverture sanitaire, la méconnaissance et la privation de leurs droits du fait de leur statut de travailleuses clandestines entraînent l'augmentation des comportements sexuels à risques. Les migrants sans statut légal ne peuvent accéder aux soins médicaux et aux services de crainte d'être repérés par les services de l'immigration. De retour à leur pays d'origine, certains migrants adoptent la loi du silence pour éviter la stigmatisation et l'humiliation de l'entourage, ce qui accroît la propagation de la maladie et réduit les chances d'avoir accès aux soins médicaux et à l'assistance psychosociale nécessaires (Haour-Knipe, 1999: 3-5).

En outre, si les campagnes de prévention ont pour objectif de sensibiliser les migrantes pour l'adoption de comportements sexuels (séances d'information sur les précautions à prendre, prise en charge des patients du sida, etc.), il s'avère toutefois difficile d'atteindre la catégorie des migrants clandestins. Mais le statut de clandestin de la plupart d'entre eux limite leur accès aux structures sanitaires et à la couverture médicale.

La crainte de la stigmatisation peut se manifester dans la relation entre la personne infectée par le VIH/sida et le médiateur culturel lors des campagnes de prévention. La peur d'être confrontée à une personne de même culture et de même origine susceptible de révéler le statut sérologique du migrant vivant avec le VIH/sida à d'autres membres de sa communauté crée aussi un sentiment de honte et de méfiance et entraîne une absence de coopération.

Inégalités de genre, crise de l'institution familiale et comportements sexuels à risques

Exposées à des rôles multiple - à la fois mères, migrantes, "femmes soutien de famille" ou "femmes chef de ménage" - les femmes migrantes sont confrontées à des risques tels que le harcèlement sexuel, le mobbing, la prostitution, la toxicomanie et la séropositivité de leur mari ou d'autres partenaires. A cela s'ajoutent la méconnaissance ou la mauvaise interprétation des textes religieux, la persistance de certaines croyances traditionnelles désuètes, la marginalisation et la pauvreté. Ce sont autant de contraintes qui doivent inciter les responsables des programmes de prévention du sida à une refonte des outils et des stratégies de prévention.

Des études montrent que les migrations rurales-urbaines des hommes entraînent une plus grande vulnérabilité des femmes (éclatement des liens matrimoniaux et familiaux, réseaux sexuels dans les centres urbains et degré élevé de séropositivité). Les comportements sexuels à risque de certains migrants peuvent accroître la vulnérabilité des femmes au sida (relations sexuelles non protégées). Les stratégies de survie dans un contexte de pauvreté, de chômage et d'exode rural peuvent conduire les jeunes migrantes rurales à adopter des comportements sexuels à risque dans les centres urbains (multiplication de partenaires sexuels, prostitution pour s'assurer le minimum vital, phénomène du "transactional sex") qui peuvent être une source d'infection au VIH. Dans le cas des migrations forcées, les filles sont intégrées dans

les réseaux de prostitution illégale ou clandestine. Dans certains pays de l'Asie du sud-est comme la Thaïlande, l'on note une intensification du phénomène des enfants élèves sexuels lié au trafic d'enfants des pays environnants, à la complicité ou au silence des autorités publiques corrompues et à la forte demande de filles par la clientèle (ONUSIDA, 1999 : 15).

Pour certaines femmes immigrées, le contact avec les sociétés occidentales est synonyme de desserrement ou de relâchement du contrôle social exercé par l'autorité parentale. Dàmian (1993 : 53) nous relate l'histoire de cette femme migrante originaire d'un pays de l'Amérique Latine résidant à Genève qui s'est tardivement rendue compte que sa nièce "sortait avec un garçon toxicomane" séropositif:

(...) Je travaillais toute la journée et elle a trouvé toute la liberté qui lui était interdite, elle n'a pas eu le temps à se donner des limites (...)

La peur de vexer le partenaire et l'absence de couverture médicale chez la plupart des femmes migrantes favorisent la contamination par le VIH sida. Selon Dàmian (idem:52),

(...) les inégalités de genre entravent considérablement la faculté des femmes de négocier la sexualité à moindre risque, car elles craignent les conséquences de leur initiative pour l'usage du préservatif, à savoir la violence physique et sexuelle, la perte d'une sécurité économique ou d'un toit, la rupture ou la perte d'estime et de ressort.

Les politiques de prévention du sida: quelques éléments de diagnostic

Les services de prévention et de lutte contre le sida sont confrontés à une réduction du budget qui est alloué à d'autres infections plus graves. A cela s'ajoute le manque de suivi des programmes de prévention du sida chez les populations migrantes du fait de contraintes budgétaires.

Par ailleurs, le personnel médical est confronté à un intense stress; obligés d'être à la fois "fonctionnaire du service de l'immigration", assistant social. Le déficit de personnel médical les pousse à cumuler des tâches qui ne relèvent pas de leurs compétences, ce qui accentue stress et fatigue. Le personnel de prévention doit aussi faire face à des situations de souffrances du migrant séropositif ou malade du sida. Le manque de coordination entre les différents services spécialisés sur la prévention et la lutte contre le sida, la dispersion géographique et l'isolement des personnes vivant avec le VIH, le durcissement des lois sur la nationalité et sur l'immigration ont des impacts négatifs sur les politiques de lutte contre le sida (All-Party Parliamentary Group on AIDS, 2003:38-42).

Les politiques d'immigration ont un impact négatif sur la santé mentale et physique des réfugiés vivant avec le VIH. Les politiques de quarantaine ou d'exclusion des individus à la santé déficiente risquent d'enregistrer des résultats mitigés ou négatifs si en même temps les pays du Sud ne bénéficient pas d'une coopération au développement dans les domaines de la santé. Le traitement de la question "migration et sida" implique des politiques de réduction de la pauvreté, d'accès aux soins de

santé et de protection sociale, etc. (All-Party Parliamentary Group on AIDS, idem:20-33).

La persistance des préjugés et des stigmatisations peut conduire à une absence de collaboration de la population migrante. Le travail de prévention devrait être axé sur le “droit à l’information” et l’utilisation d’un langage clair et précis à travers des supports de communication adaptés. La compatibilité linguistique et culturelle entre les médiateurs et les populations migrantes et l’implication de la communauté migrante peuvent accroître l’efficacité de la prévention. La prise en compte de l’hétérogénéité de la population permettrait d’éviter les généralisations et les stigmatisations, sans toutefois tomber dans une approche “culturalisante” et «ghettoïsante», elle aussi source de dangers et d’incompréhension. La formation du personnel médical et des acteurs de la prévention à l’interculturalité devrait être un volet important. Il faudrait aussi encourager la participation des associations des migrants dans l’accès à l’information, à la formation et à la protection des droits des personnes atteintes de sida, de la société civile, etc. En outre, la participation des bénévoles ou médiateurs culturels est à encourager (Haour-Knipe: idem:4-9).

De l’utilité du genre dans les campagnes de prévention contre le sida

De plus en plus, il ressort des études et des recommandations d’organisations internationales telles que l’ONUSIDA que l’approche genre devrait d’avantage être intégrée dans les programmes de lutte contre le sida. Les inégalités de genre entraînent une subordination des femmes, une plus grande vulnérabilité socio-économique, une vulnérabilité face au sida et le développement de comportements sexuels à haut risque:

On comprend mieux aujourd’hui la vulnérabilité accrue des femmes au VIH. La dépendance économique des femmes à l’égard des hommes les rend moins capables de se protéger, sans compter que les normes sociales limitent leur accès à l’information sur les questions sexuelles. Dans le même temps, la société accepte plus facilement les comportements sexuels masculins à haut risque qui peuvent exposer les hommes et leurs partenaires à l’infection (ONUSIDA, 2000).

L’approche genre intègre les dimensions suivantes: l’accès aux soins de santé, la protection sociale, la lutte contre la dépendance économique des femmes, leur accès à l’information, la délégitimation des comportements sexuels à hauts risques, la participation des femmes au processus de prise de décision, la prise en compte des hommes et des masculinités, la promotion et la protection des droits de la personne et des politiques de développement économique et social efficaces.

La prise en compte du genre en matière de prévention du sida ne signifie pas pour autant une féminisation des politiques et des programmes dans ce domaine. Les stratégies de prévention concernent à la fois les hommes et les femmes. Une meilleure connaissance de la construction sociale du sida chez les hommes et de leurs identités de genre contribuerait à mieux affiner les stratégies et les politiques de prévention.

Or, comme le souligne Cornwall (2000:18-27), l'un des grands absents dans les études genre et développement, concerne les hommes et les masculinités. L'invisibilité des hommes et de leurs identités de genre est l'une des causes de l'échec de la plupart des projets de développement basés sur le genre parce que fondés sur la croyance que le genre est une affaire exclusivement réservée aux femmes. La prise en compte des hommes et de leurs identités de genre socialement construites dans les études et les politiques genre et développement est récente.

Plusieurs facteurs justifient la nécessité de l'implication des hommes et des masculinités dans les politiques et les programmes de prévention : la voie hétérosexuelle considérée comme étant l'une des principales formes de transmission du VIH, la tendance à une multiplication des partenaires sexuels plus élevée chez les hommes que chez les femmes, une fréquentation du milieu de la prostitution plus élevée chez les hommes. En outre, l'augmentation de l'infection au VIH est liée à une valorisation sociale de certaines formes de masculinités qui sont susceptibles de générer des comportements sexuels à risque. Au Cambodge, des recherches participatives menées par des ONG auprès de groupes d'hommes pour lutter contre la persistance des tabous, les facteurs de résistance au changement et pour améliorer leurs connaissances du sida et des maladies sexuellement transmissibles ont abouti aux résultats suivants: une augmentation de l'utilisation des préservatifs, une diminution de la violence domestique, une déconstruction des mythes et des fausses croyances concernant la transmission au VIH, une plus grande résistance à l'alcool et à la fréquentation des prostitués, une plus grande perméabilité aux discussions sur la sexualité et l'utilisation des préservatifs et une plus grande implication des leaders villageois. Quelques-uns des enseignements de ces interventions devraient contribuer à l'efficacité des programmes de prévention du sida auprès des groupes migrants, y compris les hommes: la prise en compte des activités génératrices de revenu, l'importance des réseaux sociaux et des supports de communication interpersonnelle, la formation et l'entraide des groupes facilitateurs (Sellers, Panhavichetr, Chansopha and Maclean, 2002).

Une approche combinant approche genre et approche participative devrait être encouragée. En effet, la participation de la population dans les programmes de prévention du sida peut faciliter la tâche des intervenants:

Cet aspect de la prévention plus quotidien et informel d'un côté, plus institutionnel de l'autre, est important. Il témoigne de son ancrage dans la population, et peut être considéré comme un gage de durabilité (Dubois- Arber, F, 1998)

Les nouvelles tendances épidémiologiques entraînent une modification des politiques de prévention. Les défis sont nombreux: l'énormité des tâches, la diversité des contextes culturels, géographiques et économiques, les phénomènes d'exclusion sociale, de paupérisation et de marginalisation qui aggravent les infections au VIH/sida, la persistance des stigmatisations et les restrictions budgétaires. Autant de défis qui impliquent une approche intégrée basée sur le genre et une institutionnalisation de l'approche genre dans les politiques de lutte contre le sida.

Conclusion

Les personnes malades du sida vivent une double souffrance, une souffrance liée à leur statut de migrant et une autre résultant de la stigmatisation sociale. D'importants progrès ont été réalisés par exemple dans le domaine des traitements antirétroviraux mais l'accès des couches sociales vulnérables telles que les femmes migrantes est difficile en raison de leur coût élevé.

Cependant, les défis sont multiples: la prise en charge et le traitement contre le VIH et d'autres infections sans aucune forme de discrimination, la transparence et l'équité dans la gestion des finances, l'interculturalité, le suivi et l'efficacité des programmes de prévention, la mobilisation sociale, l'accès à l'emploi et la lutte contre les inégalités économiques, l'inclusion des catégories sociales vulnérables, la coordination entre les différents partenaires, le recueil de bonnes pratiques et leur vulgarisation, et la participation des communautés migrantes.

En outre, des problèmes éthiques se posent lorsqu'il s'agit de l'accès ou non d'une personne infectée au VIH aux soins de santé et à la protection sociale en référence à son statut (par exemple les migrants irréguliers).

Les campagnes de prévention du sida favorisent une prise de conscience des différentes couches sociales de la population des risques encourus et permettent d'atténuer les stigmatisations et les discriminations, si elles sont bien muries. En cela, elles jouent un rôle fondamental. Cependant, il faut noter une faible institutionnalisation de l'approche genre, une "sectorialisation" des activités (groupe "migrants", groupe cible) et le développement des comportements sexuels à risques.

L'approche "communautariste" ou "culturelle" en matière de prévention du sida chez les migrants ne doit pas conduire à une stigmatisation des communautés migrantes en reprenant la classification épidémiologique. Il n'existe pas de sida "tropical", "nordique", "oriental" ou "austral". L'approche genre, en intégrant le conditionnement socioculturel qui influe sur les rapports sociaux de sexe, peut ainsi contribuer à une plus grande efficacité des politiques de prévention du sida.

Le sida pose un problème de santé internationale qui est accentué par les déséquilibres entre les pays riches et pauvres. Les facteurs à l'origine des migrations (pauvreté, conflit, crise économique, chômage, etc.) ont des incidences dans l'augmentation des risques de contamination au VIH. L'initiative de l'OMS consistant à faire bénéficier les antirétroviraux à 3 millions de personnes d'ici la fin 2005 est salubre. Cependant, de profonds déséquilibres existent, notamment en ce qui concerne le traitement du sida et la vulnérabilité au VIH. L'ampleur de ce fléau qui est lié à une conjonction de déséquilibres multiples (pauvreté, chômage, conflit, inégalités de genre, etc.) justifie la pertinence de l'outil du genre dans l'élaboration des programmes dans ce domaine.

REFERENCES

All-Party Parliamentary Group on AIDS (2003) *Migration and HIV: Improving Lives in Britain An Inquiry into the Impact of the UK Nationality and Immigration System on People Living with HIV*, July All-Party Parliamentary Group on AIDS: London www.appg-aids.org.uk

Anarfi, J. (1993) *Sexuality, AIDS and Migration in Ghana*. Health Transitions Review, 4 (suppl), 273-295

Cornwall, A. (2000) 'Missing men? Reflections on men. Masculinities and gender in GAD', *IDS Bulletin*, 31(2): 18-27.

CRIPS (1999) *Migrants et VIH* Synthèse documentaire avril <http://www.crips.asso.fr/webpaca/jdpaca/migrants/migrants.html>

Dàmian S. A. (1993) « La prévention du sida dans un contexte de précarité. L'exemple des femmes latino américaines à Genève » in *Affectivité et sexualité féminine dans un contexte migratoire*. Compte rendu de la journée du 13 mars 1993 au Centre Universitaire Catholique de Lausanne

Dubois- Arber F (1998) "La prévention du sida dans une nouvelle phase de l'épidémie: questions et enjeux" in *Le sida en Europe Nouveaux enjeux pour les sciences sociales*, juillet

Fassin, D. (1998) « L'anthropologie entre engagement et distanciation Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique » in Becker, C. ; Dozon J-P ; Obbo, C. ; Touré, M. (eds) *Vivre et penser le sida en Afrique* CODESRIA, KARTHALA & IRD

Fassin D. (1999) "L'indicible et l'impensé. L'immigration dans les politiques du sida" *Sciences sociales et santé*, vol. 17, n° 4, décembre

Haour-Knipe M. (1996) "An astonishing bad idea" <http://www.hartford-hwp.com/archives/61b/042.html> (Consulté le 20 novembre 2005)

Haour-Knipe M. (1999) *Migration et VIH/Sida en Europe* http://www.iom.int/en/PDF_Files/HivAids/hivAids_europe_fr.pdf

Heckmann W. (1998) " Leçon de la crise liée au sida: une nouvelle définition de l'interdisciplinarité" in *Le sida en Europe Nouveaux enjeux pour les sciences sociales*, juillet

ONUSIDA (1999) *Gender and HIV/AIDS: Tacking stock of research and programmes* Geneva: UNAIDS March

ONUSIDA (2000) *Communiqué de presse sida: L'inégalité entre les sexes est un problème crucial de la lutte contre le sida, déclare le chef de l'ONUSIDA* 5 juin

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

Mirsha, A. (2004) Risk of sexually transmitted infections among migrating men: findings from a survey in Delhi. *Asia and Pacific Migration Journal*, vol. 13, n° 1, 89-105

Moumen, M. R. (1993) *Migrants et perceptions du sida "Le Maître des Infidèles"* Paris : l'Harmattan

Sellers, T; Panhavichetr, P; Chansopha, L; and Maclean, A. «Promoting the participation of men in community-based HIV/AIDS prevention and care in Cambodia » (Forthcoming).

Tonwe-Gold B, Hirschel B., Roulin D, Haour-Knipe M, Rickenbach M. (2002) *Les femmes africaines séropositives vivant en Suisse- Caractéristiques, survie et besoins en matière de soutien social*. *Infothèque sida* 3/ 02/, 44- 51