



**HAL**  
open science

**Genre, expérience migratoire et condition minoritaire.  
Les trajectoires sexuelles et préventives des migrant e s  
d’Afrique subsaharienne vivant en France**

Elise Marsicano

► **To cite this version:**

Elise Marsicano. Genre, expérience migratoire et condition minoritaire. Les trajectoires sexuelles et préventives des migrant e s d’Afrique subsaharienne vivant en France. Sociologie. Université Paris Sud - Paris XI, 2012. Français. NNT: 2012PA11T075 . tel-00785964

**HAL Id: tel-00785964**

**<https://theses.hal.science/tel-00785964v1>**

Submitted on 7 Feb 2013

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITÉ PARIS SUD XI**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-SUD**

Option du doctorat : Sciences Économiques Humaines et Sociales

THÈSE

Pour l'obtention du grade de  
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ PARIS SUD XI

École Doctorale de rattachement : ED 420

Présentée et soutenue publiquement par

**Élise Marsicano**

Le 26 novembre 2012

**Genre, expérience migratoire et condition minoritaire.  
Les trajectoires sexuelles et préventives des migrant·e·s  
d'Afrique subsaharienne vivant en France**

**Sous la direction de :**

**Nathalie Bajos**

Directrice de recherche à l'INSERM

**Membres du jury :**

Nathalie BAJOS – Directrice de recherche à l'INSERM

Michel BOZON – Directeur de recherche à l'Ined

Marcel CALVEZ (rapporteur) – Professeur à l'Université Rennes 2

Virginie de LUCA BARRUSSE (rapporteuse) – Professeure à l'Université de Picardie Jules Verne

Julia del AMO – Professeure, National Center of Epidemiology, Instituto de Salud Carlos III

France LERT – Directrice de recherche à l'INSERM



### **Genre, expérience migratoire et condition minoritaire. Les trajectoires sexuelles et préventives des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne vivant en France**

Les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne sont très touchés par l'épidémie de sida en France et une part croissante des contaminations a lieu après la migration. Mobiliser une approche sociologique de la sexualité conduit à considérer leurs trajectoires et leurs réseaux sexuels afin d'étudier les processus qui structurent les pratiques sexuelles et préventives de ces migrant·e·s. Cette thèse s'appuie sur une analyse secondaire des données de l'enquête KABP migrants menée par l'Inpes en 2005 auprès de 1874 migrant·e·s d'Afrique subsaharienne, âgés de 18-49 ans et vivant en Île-de-France. Nos résultats mettent au jour les effets différenciés du contexte de socialisation sexuelle et du contexte social du premier rapport sexuel sur l'entrée en sexualité et sur la biographie sexuelle et préventive ultérieure et ce, de manière différenciée pour les hommes et les femmes. Nous examinons également la manière dont les trajectoires migratoires ainsi que l'expérience du racisme et des discriminations, organisent leurs pratiques sexuelles et préventives au sein de réseaux sexuels spécifiques. Nos résultats révèlent l'existence de réseaux sexuels africains, au-delà de l'origine nationale, en particulier pour les femmes. Cette ségrégation intra-africaine des réseaux sexuels est influencée par les conditions de vie de ces migrant·e·s et éclaire la dynamique de l'épidémie au sein de ces populations dans le contexte français.

Mots-clés : VIH/sida, sexualité, genre, migrant·e·s, Afrique subsaharienne, risque, prévention, racisme, discrimination, France

### **Gender, migratory path and minority status. Sexual and preventive trajectories of sub-Saharan African migrants living in France**

Migrants from sub-Saharan Africa bear a disproportionate burden of HIV/aids infections in France with a growing proportion acquiring HIV after migration. Mobilizing a sociological approach of sexuality, we focus on sexual trajectories and sexual networks in order to investigate the structural processes that organize the sexual and preventive practices of these migrants. We analyse a French survey carried out on 1,874 individuals born in sub-Saharan Africa, aged 18-49 and living in Paris and its surroundings. Our results uncover the effects of sexual socialization and social context of the first intercourse on sexual debuts and on later sexual and preventive biographies, differentiated for women and men. We also examine how migratory trajectories and experiences of racism and discrimination organize their sexual and preventive practices within specific sexual networks. Our research provides evidence of the existence of African sexual networks over, and beyond, national origin, especially for women. This intra-African segregation of sexual networks is influenced by the living conditions of the migrants and sheds light on the epidemic spread within these populations in the French context.

Key-words: HIV/AIDS, gender, migrants, sub-Saharan Africa, risk, prevention, racism, discrimination, France



## REMERCIEMENTS

---

Je souhaite avant tout exprimer ma reconnaissance et ma gratitude envers Nathalie Bajos pour avoir encadré et suivi ce travail mais surtout pour m'avoir supportée tout au long de ces années (au sens de soutenue, encouragée et subie).

Je remercie les membres du jury, Michel Bozon, Marcel Calvez, Virginie de Luca Barrusse, Julia del Amo et France Lert qui ont accepté d'évaluer mon travail.

Je tiens à remercier l'Inpes pour m'avoir permis d'utiliser la base de données de l'enquête KABP migrants. Tous mes remerciements à Nathalie Lydié, la coordinatrice de l'enquête, pour sa disponibilité, son soutien et pour l'intérêt qu'elle a manifesté pour ce travail depuis le début.

Je remercie également mes financeurs au cours de ces cinq années : l'ANRS et l'Inserm (ainsi que Pôle emploi pour les derniers mois de la thèse).

Plusieurs collègues ont joué un rôle important à différentes étapes de mon parcours : Armelle Andro qui m'a encouragée à m'engager dans la recherche et qui a encadré mon DEA de démographie, Christelle Hamel pour nos discussions stimulantes, Annabel Desgrées du Loû pour avoir suivi et encouragé ce travail, Virginie de Luca Barrusse pour m'avoir permis de me confronter aux joies (et aux affres) de l'enseignement. Je remercie les membres de l'équipe *Parcours* pour les discussions stimulantes lors de la mise en place de l'enquête et pour avoir été un des premiers lieux où j'ai présenté mes travaux.

Merci à l'Ecole Doctorale 420 pour l'encadrement et le suivi scientifiques de ce travail. Tous mes remerciements à Audrey Bourgeois pour sa disponibilité et sa patience, en particulier dans les derniers mois de la thèse.

Tous mes remerciements à l'équipe « Genre, santé sexuelle et reproductive » qui m'a accueillie ainsi que les équipes 2 et 4 du Centre en Epidémiologie et en Santé des Populations (CESP), et notamment les personnes suivantes : Alain Giami pour nos discussions, rarement apaisées mais toujours stimulantes, ainsi que pour son antiféminisme secondaire, Laurence Meyer pour son élégance intellectuelle (et vestimentaire), Jean Bouyer pour sa rigueur et son humour (ainsi que son incompréhension devant les capsules *what else ?* et les bonbonnes à eau), Faroudy Boufassa et Béatrice Ducot pour leur humeur toujours joyeuse et leur grande disponibilité. Je remercie également Mireille le Guen, Nicolas Méthy, Henri Panjo (du quatrième étage), Aline Bohet et Emilie Moreau (du bureau d'en face) ainsi qu'Alexandre Mergui, Lorraine Ory et Emmanuelle Beaubatie (du bureau un peu plus loin) mais également Caroline Moreau, Virginie Ringa et Sabine Bimbard. Sans

oublier Lucette Aussel dont la gestion rigoureuse a permis que je ne me sustante pas uniquement de nourritures spirituelles au cours de cette thèse. Enfin, les personnes qui se sont succédées pour partager mon bureau : Caroline Laborde, Kevin Diter et Cécile Ventola. Merci à toutes et à tous pour les repas partagés, les pauses-café et tous les moments passés ensemble qui ont largement contribué à rendre ces années agréables, y compris dans les moments de stress.

Merci également à mes collègues de l'équipe 11 pour l'organisation des séminaires des doctorants et post-doctorants du CESP : Hermann Nabi, Pierre Engel et Kévin Jean.

Tous mes remerciements aux membres du Réseau Jeunes Chercheurs Sciences Sociales et VIH/sida, et notamment Gabriel Girard, Fanny Chabrol, Florian Voros, Meoïn Hagege, Séverine Carillon, Pierre Bonny et Patrick Awondo. Merci également aux membres du Réseau Santé et Société, notamment David Michels et Janina Kehr, et de l'atelier-migration, en particulier Lila Belkacem et Houda Asal. Ces réseaux ont représenté des lieux d'échanges, de rencontres et de solidarité essentiels tout au long de mon parcours.

Je remercie les relectrices (et le relecteur) pour avoir lu (et parfois relu) tout ou partie de ce manuscrit : Armelle Andro, Gabriel Girard, Christelle Hamel, Caroline Moreau, Emilie Moreau, Nathalie Lydié, Noémie Oswald, Elsa Steichen. Merci à Aline Bohet pour le soutien technique dans les dernières semaines.

Sans oublier : Joël, Noémie, Sylvain, Anna, Eve, Bélinda, Maguelonne, Maud, Jérôme, Florian, Morgane et Liloo mais aussi Giuseppe et Emilienne ainsi que tous les Marsicano-Littardi et assimilés.

Merci aux membres de Paris-Aquatique pour ne m'avoir jamais demandé : « Mais j'ai pas bien compris, c'est quoi ta problématique ? ».

Un remerciement spécial à Emilie Moreau pour son humour, sa générosité, son soutien sans faille tout au long de ce travail. Merci de pratiquer l'art de la maeuïtque avec autant de talent et de patience. Merci à Gabriel Girard pour ses conseils avisés et ses encouragements, nos journées d'écriture et sa présence, y compris depuis Montréal. Merci à Séverine Carillon pour les sessions d'écriture à Marseille comme dans le 14<sup>ème</sup>. Merci à Elsa Steichen pour ses relectures précises et avisées et son soutien tout au long de cette thèse.

Et enfin, je remercie celle qui fut, d'une manière ou d'une autre, présente tout au long de ce travail.

### **Désignation de la population d'étude**

Si « immigré » désigne une personne vivant en France et « migrant » désigne le fait de migrer et s'applique de préférence à quelqu'un qui vient d'arriver, ces deux expressions sont souvent utilisées l'une pour l'autre. Le terme « migrants » a rencontré un succès important par rapport à celui d'« immigré » dans les données et les recherches sur le sida. Ce terme constitue une importation de l'anglo-saxon qui s'est effectuée *via* les conférences internationales et la littérature anglo-saxonne. Il permet de ne pas utiliser « immigré » connoté péjorativement – y compris lorsque la population désignée en a les caractéristiques – et présente l'avantage de ne fournir aucune information sur le statut juridique (étrangers/français) ou administratif (légalité ou non du séjour en France) de la personne (Musso 2008).

Dans cette thèse, nous avons fait le choix d'utiliser préférentiellement le terme « migrant·e·s ». L'utilisation du terme « immigré » est réservée aux passages dans lesquels nous nous référons à la catégorie construite dans la statistique publique.

### **Mention des différences statistiquement significatives**

Nous utilisons *versus* (ou *vs*) pour indiquer une différence statistiquement significative au seuil de 5 %.

Seuls les *Odds Ratio* statistiquement significatifs sont mentionnés au fil du texte. Les intervalles de confiance sont indiqués dans les tableaux et nous ne les reprenons pas dans le texte.





## SIGLES UTILISÉS

---

Ac18 : Action coordonnée n°18 « Comportements et prévention » de l'ANRS

AFLS : Agence Française de Lutte contre le Sida

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CFES : Comité Français d'Éducation pour la Santé

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

CNS : Conseil National du Sida

CRIPS : Centre Régional d'Information et de Prévention

CSS5 : Comité Scientifique n°5 "Recherches en santé publique, sciences de l'homme et de la société" de l'ANRS

DFA : Départements Français d'Amérique

DGS : Direction Générale de la Santé

DO VIH : Déclaration Obligatoire de séropositivité

DO SIDA : Déclaration Obligatoire sida

HCI : Haut Commissariat à l'Intégration

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

ORS : Observatoire Régional de Santé

RNSP : Réseau National de Santé Publique :

VIH/sida : Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise



ACSF : Analyse des Comportements Sexuels en France

ACSJ : Analyse des Comportements Sexuels des Jeunes

CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques

CSF : Contexte de la Sexualité en France

EDS : Enquête Démographie et Santé

KABP : Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices

MGIS : Mobilité Géographique et Insertion Sociale

PARCOURS : Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants africains vivant en Île-de-France

PR : Partner Relationship

Retard : REcours TARDif aux soins des personnes séropositives pour le VIH

TeO : Trajectoires et Origines

VESPA : VIH : Enquête sur les personnes atteintes



## TABLE DES MATIÈRES

---

<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>19</b>
<b>CHAPITRE 1 LES MIGRANT·E·S D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA EN FRANCE : L'ÉMERGENCE D'UNE QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE (1982-2004) .....</b>	<b>31</b>
<b>1.1. La progressive invisibilisation des étrangers d'Afrique subsaharienne dans les statistiques du sida (1982-1990) .....</b>	<b>33</b>
1.1.1. L'origine géographique : une catégorie centrale .....	36
1.1.2. L'arrivée de l'hétérosexualité dans les « groupes à risque » .....	39
1.1.3. La relégation de l'origine géographique dans les groupes de transmission .	42
<b>1.2. La mise en place d'une prévention ciblée (1990-1996).....</b>	<b>49</b>
1.2.1. Une surreprésentation des étrangers/migrants d'Afrique subsaharienne dans les données épidémiologiques .....	50
1.2.2. Des recherches centrées sur les migrant·e·s du Maghreb .....	53
1.2.3. Les enquêtes sur la sexualité : entre occultation et surdétermination de l'origine géographique .....	56
<b>1.3. Un intérêt accru pour les migrant·e·s en provenance de zones d'endémie (1996-2000).....</b>	<b>59</b>
1.3.1. De la politisation à la publication des chiffres du sida .....	60
1.3.2. Le rapport de l'InVS de 1999 : des interprétations concurrentes .....	64
1.3.3. La mobilisation de la condition sociale et politique d'immigré .....	65
<b>1.4. Les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne : visibles dans les statistiques et absents dans les sciences sociales (2000-2004) .....</b>	<b>68</b>
1.4.1. La construction d'une « évidence épidémiologique » .....	69
1.4.2. L'intégration de la catégorie « migrants d'Afrique subsaharienne » dans les enquêtes de santé publique .....	72
1.4.3. Les recherches en sciences sociales : l'investigation d'autres groupes migratoires.....	76
<b>CHAPITRE 2 L'ENQUÊTE KABP MIGRANTS : UNE RUPTURE SCIENTIFIQUE ET POLITIQUE .....</b>	<b>83</b>
<b>2.1. Enquêter sur le sida auprès des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne ....</b>	<b>85</b>
2.1.1. Une demande qui émane du département de la communication de l'Inpes .	86
2.1.2. Les enquêtes KABP : une vision épidémiologiste de la sexualité.....	88
<b>2.2. Un recrutement peu conventionnel.....</b>	<b>94</b>
2.2.1. Une interrogation sur la pertinence de la population cible.....	96

2.2.2. Le choix d'enquêteurs de « même origine ».....	98
<b>2.3. Forces et faiblesses de la méthodologie.....</b>	<b>102</b>
2.3.1. Un échantillon qui surreprésente les migrations récentes .....	102
2.3.2. La fiabilité des données.....	108
<b>CHAPITRE 3 MIGRATION ET SEXUALITÉ AU PRISME DES RAPPORTS SOCIAUX DE POUVOIR .....</b>	<b>115</b>
<b>3.1. Sexualité et migration dans la littérature en santé publique sur le VIH/sida : le prisme du risque .....</b>	<b>117</b>
3.1.1. « Sexualité » et « groupes minoritaires » : un lien privilégié en santé publique.....	120
3.1.2. Les figures récurrentes de la transmission sexuelle du virus.....	124
3.1.3. Une approche comportementale et individuelle de la sexualité .....	127
<b>3.2. Une approche sociologique de la sexualité : trajectoire migratoire, rapports sociaux et analyse culturelle du risque .....</b>	<b>133</b>
3.2.1. Les scripts sociaux de la sexualité : une perspective dynamique et pluridimensionnelle.....	133
3.2.2. Les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne : des trajectoires diversifiées, une condition commune .....	135
3.2.3. Trajectoires sexuées et asymétrie de genre.....	143
3.2.4. L'analyse culturelle du risque .....	152
<b>3.3. Une analyse sociodémographique des pratiques sexuelles et préventives des migrant·e·s .....</b>	<b>155</b>
3.3.1. Le rôle central du contexte de socialisation sexuelle .....	155
3.3.2. L'organisation sociale des réseaux sexuels : un indicateur de frontières minoritaires.....	158
<b>CHAPITRE 4 LES CONDITIONS D'ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ : TRAJECTOIRE MIGRATOIRE ET SOCIALIZATION DE GENRE .....</b>	<b>163</b>
<b>4.1. Méthodologie.....</b>	<b>165</b>
<b>4.2. Une entrée dans la sexualité plus tardive pour les femmes.....</b>	<b>169</b>
<b>4.3. Des trajectoires migratoires qui structurent les conditions d'entrée dans la sexualité.....</b>	<b>175</b>
4.3.1. Profil 1 : quand le premier rapport sexuel précède la migration .....	177
4.3.2. Profil 2 : quand le premier rapport sexuel suit la migration .....	180
4.3.3. Profil 3 : quand les personnes ont migré pendant leur enfance .....	184

<b>CHAPITRE 5 PROTECTION DES PREMIERS RAPPORTS SEXUELS ET SUITE DE LA TRAJECTOIRE SEXUELLE ET PRÉVENTIVE .....</b>	<b>193</b>
<b>5.1. Méthodologie .....</b>	<b>196</b>
<b>5.2. Une protection croissante des premiers rapports sexuels avec l'arrivée du VIH/sida .....</b>	<b>199</b>
5.2.1. La mise en place d'un script préventif lors de l'entrée dans la sexualité ...	199
5.2.2. Analyse de l'utilisation du préservatif en fonction des profils d'entrée dans la sexualité.....	201
<b>5.3. Le contexte socio-géographique du premier rapport sexuel : un élément déterminant de l'utilisation du préservatif .....</b>	<b>208</b>
5.3.1. Des facteurs différenciés selon le contexte socio-géographique.....	208
5.3.2. Vivre son premier rapport sexuel en France : une actualisation de la socialisation préventive ? .....	212
<b>5.4. Les caractéristiques du premier rapport sexuel : un marqueur de la biographie sexuelle et préventive ultérieure ? .....</b>	<b>216</b>
<b>CHAPITRE 6 LA MIXITÉ : DE L'ASSIMILATION DES MIGRANT·E·S AUX DISCRIMINATIONS RACIALES.....</b>	<b>225</b>
<b>6.1. Mots et maux de la mixité.....</b>	<b>227</b>
6.1.1. Un indicateur controversé de l'intégration des populations immigrées .....	228
6.1.2. Un facteur d'émancipation des femmes des groupes minoritaires? .....	230
<b>6.2. Pour une autre approche de la mixité : de la culture au racisme .....</b>	<b>233</b>
6.2.1. Un révélateur de frontières minoritaires et sexuelles .....	234
6.2.2. Méthodologie .....	237
<b>6.3. Des trajectoires sexuelles et conjugales entre socialisation et discriminations .....</b>	<b>242</b>
6.3.1. La mixité traduit une histoire migratoire genrée... ..	242
6.3.2. ... et questionne l'existence d'une minorité africaine .....	246
<b>6.4. Une segmentation des partenaires selon le statut de la relation.....</b>	<b>252</b>
6.4.1. La stratification des relations sexuelles et conjugales.....	252
6.4.2. Mixité et asymétrie de genre : le rôle central du statut de la relation.....	255
<b>CHAPITRE 7 STRATIFICATION DES RÉSEAUX SEXUELS ET CONSTRUCTION DU RISQUE : UN RÉVÉLATEUR DES FRONTIÈRES MINORITAIRES ? .....</b>	<b>263</b>
<b>7.1. Retour sur l'épidémiologie des réseaux sexuels.....</b>	<b>265</b>
7.1.1. Une perspective nord-américaine.....	266
7.1.2. Les risques de l'importation .....	268
7.1.3. Les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne : une minorité raciale .....	271



7.2. Méthodologie.....	273
7.3. Des réseaux sexuels ségrégués et marqués par l'importance du multipartenariat .....	275
7.3.1. Des relations qui engagent majoritairement des partenaires africains.....	275
7.3.2. Le multipartenariat, un révélateur de l'asymétrie de genre .....	277
7.4. Les pratiques préventives au moment de l'enquête .....	284
7.4.1. Des pratiques de protection ancrées dans les contextes relationnels.....	284
7.4.2. L'origine géographique du partenaire : un marqueur de distance sociale qui renvoie à un groupe à risque ?.....	291
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>299</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>307</b>
<b>LISTE DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>327</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>329</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>331</b>
<b>Liste des encadrés et des schémas .....</b>	<b>333</b>
<b>PRODUCTIONS SCIENTIFIQUES.....</b>	<b>335</b>
<b>Articles.....</b>	<b>337</b>
<b>Communications.....</b>	<b>337</b>
<b>Article – Genre et migration : l'entrée dans la sexualité des migrants d'Afrique subsaharienne en France.....</b>	<b>339</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>369</b>
<b>Annexe 1 – Chronologie indicative de l'évolution de la prise en compte des migrants dans le champ du sida.....</b>	<b>371</b>
<b>Annexe 2 – Déclaration de migrants contre le sida lors de la journée « Sida et immigration : la recherche en question » .....</b>	<b>373</b>
<b>Annexe 3 – Questionnaire de l'enquête KABP migrants.....</b>	<b>375</b>

"Les chiffres sont accablants :  
il y a de plus en plus d'étrangers dans le monde."

Pierre Desproges, *Tribunal des flagrants délires*, 28 septembre 1982



## INTRODUCTION GÉNÉRALE

---

Les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne sont très touchés par l'épidémie de VIH/sida en France (Lot, Cazein, *et al.* 2006). Si la majorité de ces personnes sont contaminées dans leur pays d'origine en raison de la situation d'endémie en Afrique subsaharienne, des données virologiques attestent qu'une partie des contaminations a eu lieu après la migration. En 2007, 26 % des personnes originaires d'Afrique subsaharienne séropositives en France étaient infectées par le sous-type B, très rare dans cette région du monde (Cazein, Pillonel, *et al.* 2008a). Bien que la transmission du VIH/sida soit majoritairement sexuelle, peu de recherches en sciences sociales et en santé publique ont été conduites sur les pratiques sexuelles et préventives de ces populations. Plusieurs raisons peuvent être invoquées pour rendre compte de cette situation.

Les premières études sociologiques et historiques sur les migrations en France remontent aux années 1960. Les recherches abordent alors principalement les problèmes sociaux que rencontrent les immigrés, ce qui traduit la difficulté qu'ont longtemps eu les chercheurs à construire l'immigration en objet sociologique (Sayad 1999). Ce n'est finalement qu'au début des années 1980 que se constitue progressivement un champ de recherche autour des migrations (Noiriel 1986). Ainsi, au moment où l'épidémie de sida arrive, les recherches sur les populations immigrées commencent à peine à se développer.

Sur le terrain de la santé publique, l'infection à VIH/sida parmi les migrant·e·s a longtemps été appréhendée uniquement sous l'angle de la « pathologie

d'importation », c'est-à-dire que l'on considèrerait que les personnes étaient déjà infectées au moment de leur arrivée sur le territoire français, ce qui ne correspond qu'à une réalité partielle de l'épidémie. Dans ce contexte, la priorité a été donnée aux enquêtes sur les questions de dépistage de ces populations et de prise en charge parmi les personnes migrantes séropositives (Valin, Lot, *et al.* 2004; Calvez, Fierro, *et al.* 2006a; Le Vu et Semaille 2006) ainsi qu'aux recherches sur la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) (Fourquet, Le Chenadec, *et al.* 2001; Heard, Sitta, *et al.* 2007; Jasseron, Mandelbrot, *et al.* 2008).

En outre, l'arrivée des traitements efficaces en 1996 a entraîné une diminution des cas de sida en Europe tandis que le nombre de malades du sida en Afrique subsaharienne continuait d'augmenter. Cette transformation du profil de l'épidémie dans les pays européens a conduit à se préoccuper des migrations en provenance des régions de forte endémie dans lesquelles les traitements n'étaient pas encore disponibles (Mbaye 2009). Dans le même temps, l'arrivée des trithérapies a déplacé les priorités en termes de recherche, de la prévention sexuelle à celle de la prise en charge et de l'accès aux soins (Calvez 2004). Ainsi, la préoccupation pour les migrant·e·s est contemporaine d'un processus de déssexualisation des travaux scientifiques sur le VIH/sida (Boyce, Huang Soo Lee, *et al.* 2007; Parker 2009).

Enfin, les questions de sexualité parmi les personnes migrantes restent un objet politiquement et scientifiquement sensible. La crainte de renforcer des stéréotypes culturalistes sur la sexualité et les rapports de genre n'a pas favorisé les questionnements autour de la sexualité dans les enquêtes. Cette crainte ne semble pas infondée si l'on se réfère à nombres de travaux, aussi bien anthropologiques qu'épidémiologiques, menés dès les débuts de l'épidémie de VIH/sida en Afrique subsaharienne. Ces travaux ont favorisé la construction d'un « modèle africain de sexualité » (Caldwell, Caldwell, *et al.* 1989), qui se distinguerait par la « promiscuité sexuelle », le multipartenariat – notamment sous la forme de la polygamie des hommes – et la précocité des relations sexuelles pour les femmes. Ce modèle, qui reprend pour partie des clichés issus de la période coloniale, définit une altérité à la fois sexuelle et raciale (Dieleman 2008) et a largement été remis en cause par les enquêtes conduites dans les pays africains (Cleland et Ferry 1995; Wellings, Collumbien, *et al.* 2006). Ce modèle renvoie à une « *théorie sexuelle du sida* » (Giami 1996) qui a fait du « *mauvais sexe* » (celui des autres) un élément

d'explication de la diffusion de l'épidémie en l'attribuant à certains groupes et à certains comportements. S'intéresser à la sexualité de ces populations peut être assimilé, si ce n'est à une volonté de contrôle, tout du moins à un soupçon concernant leurs comportements sexuels. Si l'on s'intéresse, n'est-ce pas justement parce que c'est elle, cette sexualité, qui fait problème ? Ainsi, le souhait de ne pas mettre l'accent sur les pratiques sexuelles et préventives des personnes migrantes par crainte de reconduire des stéréotypes sur leur sexualité a également pu jouer dans cet évitement à conduire des recherches sur la sexualité de ces populations. Toutefois, la peur de contribuer à la production de stéréotypes racistes ne doit pas conduire à sous-estimer les différences de comportements sexuels entre des groupes sociaux (Kesby, Fenton, *et al.* 2003).

Cette thèse se propose d'étudier les pratiques sexuelles et préventives des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne en les inscrivant au sein des contextes sociaux et relationnels dans lesquels elles se vivent. Poser que l'expérience de la migration et du racisme participe à la construction des trajectoires sexuelles et préventives des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne permet d'appréhender la diversité de leurs situations tout en tenant compte des processus structurels qui organisent leurs expériences, et notamment les réseaux sexuels dans lesquels ils s'insèrent. La structure des réseaux sexuels représente en effet un indicateur des frontières entre les groupes sociaux et constitue un déterminant important de la dynamique d'une épidémie.

### **DE L'ENQUÊTE CSF À L'ENQUÊTE KABP MIGRANTS<sup>1</sup>**

Initialement, mon projet de thèse ne se centrait pas spécifiquement sur les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne. Il visait à décrire et à comprendre comment les personnes migrantes ainsi que leurs descendants gèrent le risque VIH et celui des grossesses non prévues et s'intéressait tout particulièrement aux normes et à leurs recompositions en contexte migratoire<sup>2</sup>. Cette thèse devait s'appuyer sur une analyse

---

<sup>1</sup> KABP pour *Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices*. CAP en français (Connaissances, Attitudes et Pratiques) et plus rarement CACP (Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques).

<sup>2</sup> Ce projet s'inscrivait dans le pôle « migrants et VIH » au sein de l'équipe de « Santé sexuelle et reproductive » (Inserm-Ined) <sup>SOUS</sup> la direction de Nathalie Bajos. La demande de financement pour la bourse pré-doctorale a été présentée en mars 2007 en même temps que la demande de contrat d'initiation pour l'enquête « Migrants et VIH » (la future enquête *Parcours*), coordonnée par Annabel

secondaire de l'enquête *Contexte de la Sexualité en France* (CSF) conduite en 2006 auprès d'un échantillon aléatoire représentatif de 12 364 personnes âgées de 18 à 69 ans vivant en France métropolitaine et parlant français (Bajos et Bozon 2008).

Lorsque l'on souhaite obtenir des données quantitatives sur la vie sexuelle des migrant·e·s, on est confronté à une difficulté majeure, celle de la quasi-absence de données sur le sujet, aussi bien dans les enquêtes sur les migrant·e·s que dans celles sur la sexualité. Dans les enquêtes sur les migrant·e·s, récentes dans le contexte français<sup>3</sup>, la sexualité n'y constitue pas un enjeu central. La dernière enquête quantitative sur les migrant·e·s et leurs descendants, *Trajectoires et Origines* (2008), ne comporte ainsi aucune question sur la sexualité (Beauchemin, Hamel, *et al.* 2010b). A l'inverse, les enquêtes en population générale sur la sexualité comportent peu de personnes migrantes ou issues de l'immigration, en raison de la taille limitée des effectifs. L'intérêt majeur de l'enquête *CSF* résidait dans le fait qu'elle portait sur l'ensemble de la population française permettant ainsi de comparer différents groupes de la population en fonction de leur lien à la migration (personnes nées en France, immigrés et descendants d'immigrés) tout en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques classiques.

J'envisageai également de mobiliser de manière annexe l'enquête KABP migrants réalisée en 2005 par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (Inpes) auprès de migrant·e·s d'Afrique subsaharienne, leur effectif dans l'enquête *CSF* n'étant pas suffisant pour mener des analyses détaillées. A ce stade, l'enquête KABP migrants ne constituait qu'une enquête satellite pour approfondir des analyses sur les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne.

Alors que je n'avais pas encore commencé ma thèse, j'ai assisté en septembre 2006 à une réunion au cours de laquelle étaient présentés les premiers résultats de l'enquête KABP migrants. La lecture de l'ouvrage consacré à cette enquête ainsi que les premières analyses menées sur la base de données au début de l'année 2008 m'ont poussée à réorienter le sujet de ma thèse et à en circonscrire la population d'étude, et ce pour plusieurs raisons.

---

Desgrées du Loû (Ceped). Cette enquête a pour objectif d'étudier la prévention sexuelle, l'accès au dépistage et à la prise en charge ainsi que les conditions de vie avec la maladie de ces migrants.

<sup>3</sup> La première grande enquête sur les migrants date de 1992, il s'agissait de l'enquête Mobilité Géographique et Insertion Sociale et la dernière enquête, *Trajectoires et Origines*, s'est déroulée en 2008. Toutes deux ont été conduites par l'Institut National d'Études Démographiques en partenariat avec l'Insee.

En posant le rôle central du contexte de socialisation sur la biographie sexuelle et préventive, je me situais dans le prolongement des travaux sur l'entrée dans la sexualité (Bozon 1993; Lagrange et Lhomond 1997). Or, aucune question n'était disponible dans l'enquête *CSF* sur la trajectoire migratoire et les conditions de la migration des personnes, ce qui ne permettait pas d'identifier les contextes de la socialisation à la sexualité. Au final, l'enquête *CSF*, si elle permettait d'identifier des groupes de migrant·e·s, ne permettait en revanche pas de resituer leur expérience dans une trajectoire migratoire.

En outre, la problématique du racisme et des discriminations a rapidement émergé comme un enjeu central pour étudier l'organisation des réseaux sexuels. A la suite des travaux de Christelle Hamel (Hamel 2003), il est apparu que tenir compte du racisme et des discriminations dont ces populations font l'expérience était indispensable à l'analyse de leurs pratiques sexuelles et préventives car « *Les discriminations et la stigmatisation créent une frontière qui distingue deux groupes hiérarchisés entre eux : le groupe majoritaire — dont certains membres sont les agents du racisme, pendant que les autres sont les bénéficiaires potentiels des discriminations —, et le groupe minoritaire — dont tous les membres sont exposés au risque d'être discriminé — qui regroupe les immigrants originaires des pays anciennement colonisés et leurs enfants français* » (Hamel 2006). Cette frontière majoritaire / minoritaire trouve à s'actualiser dans l'organisation sociale des échanges sexuels. Il s'agissait dès lors de proposer une approche structurelle de ces questions en articulant les enjeux de sexualité, de migration et de racisme / discrimination. Or, le faible nombre de migrant·e·s d'Afrique subsaharienne dans l'enquête *CSF* ne permettait pas d'étudier finement la structuration de leurs réseaux sexuels.

La participation au comité de pilotage de la future enquête *Parcours* m'a confirmé l'intérêt de produire des données sur les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne même si, ce faisant, je contredisais mon choix initial qui était de ne pas me focaliser sur ces migrant·e·s. En me centrant sur cette enquête, je perdais en complexité sur la sexualité – *CSF* étant sans conteste beaucoup plus riche sur ces questions – et en globalité mais je gagnais en précision sur les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne et surtout sur leurs trajectoires migratoires.



## **MOBILISER UNE ENQUÊTE DE SANTÉ PUBLIQUE : ENTRE DISTANCE ET DÉPLACEMENT**

Mobiliser une enquête de santé publique pour mener une recherche en sciences sociales nécessite de revenir sur les conditions, en particulier matérielles, qui ont rendu ce travail de recherche possible alors que je n'avais eu aucune maîtrise des objectifs de l'enquête, des thématiques abordées, de la formulation des questions et du mode de passation du questionnaire. La problématique de cette thèse est à la fois déterminée par les données et un cadre préexistants, et autonome car ce travail a justement consisté en une tentative d'interroger les réponses dans une toute autre perspective. Deux processus, la distance et le déplacement, permettent de rendre compte de la manière dont j'ai abordé l'enquête afin d'élaborer une problématique et mettre en œuvre les analyses.

Par distance, il faut entendre deux dimensions, à la fois temporelle et statutaire. J'ai commencé à travailler sur la base de données au début de l'année 2008, c'est-à-dire à une période où la pression autour de l'enquête était retombée et où les débats s'étaient atténués, notamment autour de la question de l'« origine » des enquêteurs qui avait suscité des commentaires assez vifs<sup>4</sup>. La distance à l'enquête procédait également du statut de doctorante. Le financement de l'ANRS pour réaliser cette thèse ainsi que le cadre scientifique et matériel offert par l'équipe « Genre, santé sexuelle et reproductive » ont constitué des conditions favorables au déroulement de ce travail. En outre, la temporalité de la thèse permet de prendre de nombreux chemins de traverse sans obligation de suivre un schéma préétabli, de produire des données appropriables par les acteurs de la prévention ou de fournir des résultats dans les six mois. Cette position d'extériorité par rapport à l'enquête a constitué un cadre de travail propice à l'élaboration d'une problématique de recherche.

La disponibilité de la coordinatrice de l'enquête KABP migrants<sup>5</sup>, et le fait même que le principe de ce travail ait été accepté ont constitué des éléments extrêmement favorables à sa poursuite. La collaboration qui s'est engagée avec la coordinatrice s'est affirmée au cours de ce travail : nos nombreuses discussions sur l'enquête et sur le contexte dans lequel elle s'était déroulée m'ont grandement aidée à m'approprier l'enquête tout en bénéficiant de son expérience. Par la suite, notre collaboration s'est

---

<sup>4</sup> Je reviens plus longuement sur ces débats dans le deuxième chapitre de cette thèse.

<sup>5</sup> Nathalie Lydié est alors chargée de recherche et coordinatrice du programme VIH et IST à la direction des affaires scientifiques de l'Inpes.

étendue à l'écriture d'articles scientifiques, et plus globalement aux productions scientifiques issues de l'enquête.

Quant au déplacement mentionné précédemment, il se situe à deux niveaux, thématique et théorique. Cette enquête, qui présente des données inédites sur les comportements sexuels de migrant·e·s d'Afrique subsaharienne en France, a été largement sous-exploitée sur les questions de sexualité, les productions de l'enquête ayant majoritairement porté sur les connaissances et attitudes. S'attacher à des domaines peu étudiés donnait une plus grande liberté dans les analyses. Le déplacement a également procédé par la nécessité de mettre le sida provisoirement de côté, c'est-à-dire par la volonté de se décentrer de la préoccupation de santé publique de l'enquête en adoptant une perspective d'analyse plus large qui conduisait à resituer l'analyse du risque en considérant les logiques sociales qui produisent des expositions différenciées au risque et celles qui président aux pratiques préventives (Calvez 2004). Plus que d'allers-retours, il s'agit de déplacements tant ces lectures ont permis de questionner les catégorisations qui sont utilisées pour caractériser ces populations (groupe à risque, migrants), identifier les contextes sexuels dits à risque (mixité sexuelle, multipartenariat) et définir les pratiques dites à risque (absence d'utilisation du préservatif).

Cette enquête a ainsi constitué un matériau d'analyse à plusieurs niveaux, à la fois comme base de données à analyser, comme élément du dispositif prenant place dans les politiques et les recherches sur le sida et comme objet de réflexion sur la manière d'utiliser une enquête de santé publique sur le VIH/sida pour mener une recherche sur les enjeux de sexualité.

En analysant les trajectoires et les réseaux sexuels des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne vivant en France, cette recherche vise à resituer l'analyse des pratiques sexuelles et préventives dans leur temporalité et dans leur inscription sociale. Deux dimensions sont ainsi au cœur de ce travail : la socialisation à la sexualité et l'organisation sociale des échanges sexuels.

## PLAN DE LA THÈSE

Dire que les migrant·e·s d’Afrique subsaharienne sont très touchés par l’épidémie de VIH/sida suppose que l’on a des données disponibles pour appuyer cette affirmation, que cette catégorisation est considérée comme pertinente et que cette information est de nature à mobiliser des acteurs pour mener des recherches. Cela renvoie à l’existence, la pertinence et la performativité des catégories de l’épidémiologie. Le retour critique sur la manière dont les immigrés<sup>6</sup> ont été pris en compte dans les statistiques du sida constitue un préalable indispensable à une discussion sur les recherches portant sur les immigrés d’Afrique subsaharienne dans le champ de l’épidémie en France. **Le premier chapitre** vise à montrer comment les migrant·e·s d’Afrique subsaharienne ont émergé progressivement comme objet de recherche légitime dans le champ de l’épidémie et conduit à nuancer l’idée selon laquelle la faiblesse des recherches sur ces populations doit principalement être mise au compte du manque de statistiques adéquates. Ce chapitre retrace la période qui s’étend de la découverte des premiers cas de sida parmi des migrant·e·s africain·e·s en 1982 à la mise en place en 2004 du programme national de lutte contre le sida en direction des étrangers / migrants. Ce programme consacre les migrant·e·s d’Afrique subsaharienne comme un groupe prioritaire en termes de prévention. C’est dans ce contexte qu’est menée l’enquête KABP migrants, présentée dans **le second chapitre**. Dans ce chapitre, nous revenons sur le contexte institutionnel dans lequel la demande de cette enquête a été initiée ainsi que sur le mode de recrutement choisi afin de le mettre en perspective avec les critiques formulées à son égard, en tant que révélateur de la difficulté à conduire des enquêtes sur les migrant·e·s dans le contexte français. La vision épidémiologiste et comportementale de la sexualité sous-tendue par son questionnaire, caractéristique des enquêtes KABP, amène par ailleurs à s’interroger sur la manière d’utiliser cette enquête.

La revue critique de la littérature en santé publique sur les questions de sexualité et de migration dans le champ du VIH/sida menée dans **le troisième chapitre** permet d’identifier les représentations à l’œuvre dans ces travaux, et notamment le prisme du risque qui les caractérisent. Cela nous a conduit à proposer un cadre théorique qui permet de resituer l’analyse des pratiques sexuelles et préventives dans un cadre plus

---

<sup>6</sup> Pour une discussion sur la terminologie employée pour décrire les populations en lien avec l’immigration, se reporter à l’Encadré 1 (p. 37).

large qui tienne compte des rapports sociaux de pouvoir, notamment les rapports sociaux de sexe et les rapports entre groupe majoritaire et groupe minoritaire, et de l'analyse culturelle du risque. Mobiliser une approche sociodémographique de la sexualité conduit à considérer que les faits sexuels sont des faits sociaux qui peuvent être objectivés, notamment par le biais de données quantifiées. Nous commençons par analyser les pratiques sexuelles en les resituant au sein des contextes sociaux et relationnels avant d'examiner les questions de prévention. Cela permet de ne pas réduire les questions de sexualité aux enjeux préventifs.

Quatre chapitres d'analyses permettent de développer les deux dimensions analytiques présentées précédemment, la socialisation à la sexualité et l'organisation des échanges sexuels. Les deux premiers chapitres d'analyse ont pour objectif de resituer les expériences sexuelles et préventives des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne au sein de leur trajectoire migratoire, à travers l'analyse des conditions d'entrée dans la sexualité. Les deux chapitres suivants sont consacrés à resituer leurs expériences sexuelles et préventives au sein des contextes sociaux, à travers l'analyse des réseaux sexuels.

Pour des personnes qui ont migré, le contexte dans lequel se déroule le premier rapport sexuel peut être différent du contexte de socialisation pendant l'enfance et l'adolescence. L'analyse des caractéristiques du premier rapport sexuel de personnes migrantes d'Afrique subsaharienne dans le **quatrième chapitre** a pour objectif d'étudier l'influence des trajectoires migratoires des femmes et des hommes sur leurs premières expériences sexuelles ainsi que les éventuelles transformations des relations de domination dans la sexualité après la migration. Resituer l'entrée dans la sexualité au sein des trajectoires migratoires de ces personnes constitue un préalable à l'analyse des pratiques de protection lors du premier rapport sexuel, qui est l'objet du **cinquième chapitre** : ces pratiques prennent sens dans des contextes sociaux, socio-géographiques et socio-historiques, et relationnels spécifiques.

Les caractéristiques du premier rapport sexuel sont essentielles à l'analyse de la biographie sexuelle et préventive ultérieure, s'agissant notamment de l'organisation des réseaux sexuels. Les sixième et septième chapitres sont ainsi consacrés à la problématique des réseaux sexuels, essentielle pour appréhender la dynamique de l'épidémie. Le **sixième chapitre** porte sur les enjeux de mixités sexuelles et conjugales afin de reconstruire théoriquement et méthodologiquement cette catégorie

d'analyse. Plutôt que de considérer la mixité dans la perspective de l'assimilation des migrant·e·s, nous proposons de l'analyser comme un révélateur des frontières entre groupe majoritaire et groupes minoritaires, frontières produites dans et par le contexte français. Nous poursuivons ces questionnements dans le **septième et dernier chapitre** en montrant que ces frontières minoritaires contribuent à induire une ségrégation des réseaux sexuels et à construire le rapport au risque et les pratiques de protection. La description des réseaux sexuels des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne – sous l'angle de la mixité et du multipartenariat – permet de mettre en avant la stratification et la segmentation des réseaux sexuels de ces migrant·e·s et de resituer l'analyse des pratiques de protection au sein des contextes relationnels. Il s'agira de mettre au jour l'existence et la transformation de frontières entre les groupes sociaux à travers l'analyse des interactions sexuelles.





**CHAPITRE 1****LES MIGRANT·E·S D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET  
L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA EN FRANCE :  
L'ÉMERGENCE D'UNE QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE  
(1982-2004)**

---

Les travaux qui ont porté sur la catégorisation de l'origine géographique dans les données de surveillance du sida en France s'accordent généralement sur un point : dans les premières années de l'épidémie, les étrangers d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes n'étaient visibles que dans la catégorie de transmission hétérosexuelle (Fassin et Ricard 1996; Gilloire 2000; Musso 2009). Parce qu'elles font débiter leur chronologie à la fin des années 1980, ces analyses livrent une version partielle de l'histoire de ces catégories. Un retour au début de l'épidémie est nécessaire pour proposer une périodisation fine de l'évolution de la visibilité des étrangers d'Afrique subsaharienne dans les statistiques du sida en France. Il s'agit alors de nuancer l'idée selon laquelle le faible nombre des recherches sur ces populations doit principalement être mis sur le compte du manque de statistiques adéquates (Fassin et Ricard 1996).

Si la construction des catégories liées à l'origine géographique dans les données de surveillance n'a certes pas facilité l'émergence de recherche sur les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne, nous souhaitons ici relativiser le rôle central accordé à l'épidémiologie dans cette situation. Il s'agit de montrer que l'absence de production et de publication de statistiques n'empêche pas la mise en place de recherches sur un sujet, tandis que la présence de chiffres n'en garantit pas l'apparition. À partir de



l'analyse systématique des articles du Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) et des publications scientifiques sur la question, une périodisation fine de l'évolution de la visibilité des étrangers d'Afrique subsaharienne dans les données de surveillance du sida se dessine. Elle permet de resituer l'émergence tardive des recherches sur ces migrant·e·s dans un contexte plus large qui tient compte du profil spécifique de l'épidémie parmi ces populations, de l'histoire des migrations en provenance d'Afrique subsaharienne, des mobilisations associatives les concernant et du rôle de l'épidémiologie comme discipline. C'est la conjonction de ces facteurs et leur évolution qui permettent de comprendre l'émergence tardive des recherches sur ces migrant·e·s dans le champ du sida<sup>7</sup>.

Les premières années de l'épidémie sont marquées par la mise en place d'un système de surveillance de l'épidémie de sida. Nous commençons par décrire l'évolution des catégories sur l'origine géographique dans ces statistiques au début de l'épidémie (1982-1990) (1.1). Puis, nous retraçons l'émergence des recherches sur les migrant·e·s dans le champ du sida en France, dans le contexte de la mise en place d'une prévention ciblée envers les groupes les plus exposés au début des années 1990 (1990-1996) (1.2). L'arrivée des trithérapies en 1996 conduit à renouveler l'intérêt pour les migrant·e·s en provenance de zones d'endémie. Alors que les catégories de l'épidémiologie se retrouvent au cœur des controverses associatives liant sida et migration, est publié le rapport de l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) sur la *Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France* (Savignoni, Lot, et al. 1999) (1996-1999) (1.3). Ce rapport a constitué un tournant dans la prise en compte des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne dans les politiques du sida. Cette population constitue dès lors un groupe prioritaire dans la prévention et devient visible dans les statistiques du sida (2000-2004) (1.4). Le choix d'arrêter la périodisation en 2004, c'est-à-dire au moment de la mise en œuvre du premier programme national de lutte contre le sida en direction des étrangers/migrants, permet de resituer l'enquête KABP migrants dans le contexte scientifique et institutionnel qui l'a précédée.

---

<sup>7</sup> Pour une chronologie détaillée sur la période 1982-2008, voir Annexe 1

## 1.1. LA PROGRESSIVE INVISIBILISATION DES ÉTRANGERS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE DANS LES STATISTIQUES DU SIDA (1982-1990)

---

La réticence à utiliser des catégories portant sur l'origine géographique des personnes n'est pas propre aux recherches sur le VIH/sida et se comprend dans un contexte français peu enclin à produire des données en fonction du parcours migratoire des personnes (Encadré 1). Néanmoins, le fait qu'il s'agisse d'une pathologie mortelle et transmissible n'a pas facilité le débat sur ces questions. La peur de stigmatiser ces populations dans un contexte de montée en puissance du Front National et de rhétorique des « problèmes de l'immigration » au cours des années 1980 (Mathiot 1992) a également pu constituer un frein à la publication des données du sida en fonction de l'origine géographique (Musso 2009). Pour autant, la production de chiffres s'avère rapidement indispensable pour surveiller le développement de l'épidémie et identifier les populations les plus touchées afin d'orienter les politiques de prévention. Dès 1982, une déclaration de sida est mise en place ; elle deviendra obligatoire en 1986<sup>8</sup>.

Nous nous appuyons sur les statistiques du sida publiées depuis le début des années 1980 dans le BEH par le Réseau National de Santé Publique (RNSP)<sup>9</sup>. Ce bulletin constitue une source d'information unique sur les données de surveillance et représente, à ce titre, un document essentiel pour retracer les évolutions dans la prise en compte de l'origine géographique au cours du temps. Si l'information collectée est la même sur toute cette période – il s'agit de la nationalité actuelle –, les catégories construites varient de manière importante, que l'on considère le découpage et les intitulés des modalités ou le statut de cette variable. Nous avons fait le choix de reproduire les tableaux qui permettent de visualiser les transformations des catégories de classement des cas de sida les plus significatives pour illustrer notre propos.

---

<sup>8</sup> Dès 1983, la DGS diffuse une circulaire recommandant une grande prudence concernant la collecte de sang chez les personnes identifiées et décrites comme appartenant aux « populations à risque » : homosexuels, bisexuels, multipartenaires, usagers de drogue par voie intraveineuse et personnes originaires d'Haïti et d'Afrique équatoriale. **Gilloire Augustin** 2002 'La classification des immigrés à l'épreuve du VIH/sida', in ANRS (ed) *Sida, immigration et inégalités. Nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, Paris: ANRS.

<sup>9</sup> Le RNSP deviendra l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) en 1999.

**ENCADRÉ 1 – L'ORIGINE GÉOGRAPHIQUE DANS LA STATISTIQUE PUBLIQUE EN FRANCE**

En France, le modèle d'intégration prône la réduction progressive des spécificités socioculturelles des immigrés (Noiriel 1988). Le point d'aboutissement de ce processus est consacré par l'acquisition de la nationalité française. Dans le recensement, sont distingués depuis 1851 les Français de naissance, les Français par acquisition et les étrangers. Cette variable était cohérente avec une perspective de gestion des flux et de mesure de l'assimilation des populations étrangères. Dès lors, les catégories relatives à l'origine autres que la nationalité étaient considérées comme inutiles et illégitimes (Simon 2002). Inutiles en raison de la primauté accordée à l'identification socioéconomique dans la description des faits sociaux. Illégitimes car cela risquait d'entraîner des revendications de type communautariste, mais également d'accroître la stigmatisation de ces populations.

Dans ce contexte, la prise en compte de l'origine géographique dans le recensement et dans les enquêtes s'est faite à la fois de manière récente et progressive, et de façon circonstancielle et conflictuelle. À la suite d'un rapport du Haut Commissariat à l'Intégration (HCI), la catégorie statistique « immigré », désignant une personne née étrangère à l'étranger, entre dans la statistique publique en 1991. Fondée sur le lieu de naissance et la nationalité, elle est apparue comme plus à même de refléter les trajectoires individuelles que celle d'« étranger », construite à partir de la seule nationalité. Cette nouvelle catégorie a constitué un tournant dans la prise en compte de l'origine géographique dans la statistique publique et dans les recherches sur l'immigration.

Puis, est apparue la catégorie des descendants d'immigrés, la « seconde génération », dans l'enquête Mobilité Géographique et Insertion Sociale (MGIS) menée en 1992 par l'Ined (avec la collaboration de l'Insee) (Tribalat 1995). Dans cette enquête qui portait sur l'intégration des immigrés et de leurs descendants en France, la construction des variables sur l'origine géographique avait nécessité de poser des questions sur le pays de naissance d'ego et de ses parents. Dans les années qui ont suivi la publication des résultats, l'enquête a fait l'objet de nombreuses critiques, notamment sur la construction des variables liées à l'origine géographique. À l'occasion du recensement de 1999, des échanges vifs entre chercheurs de l'Ined ont donné lieu à ce que l'on a appelé « *La Controverse des démographes* ». Cette controverse a porté sur l'opportunité d'introduire des questions sur le pays de naissance des personnes et de leurs parents pour décrire les populations en lien avec l'immigration dans le recensement.

## L'ORIGINE GÉOGRAPHIQUE DANS LA STATISTIQUE PUBLIQUE EN FRANCE (SUITE)

Les positions sur le sujet évoluent à la fin des années quatre-vingt-dix lorsque le Haut Commissariat à l'Intégration reconnaît l'existence de discriminations raciales (1998). Le constat des discriminations subies par une partie de la population immigrée et de ses descendants a ainsi conduit à renouveler la problématique des catégories liées à l'origine géographique (Fassin 2002a; Simon 2002). Les questions sur le pays de naissance et la filiation ont dès lors été considérées comme insuffisantes par certains chercheurs qui souhaitaient produire des catégorisations ethno-raciales.

« *La Controverse des démographes* » va ainsi connaître une résurgence en 2007 alors que se met en place l'enquête *Trajectoires et Origines* (TeO) (Blum et Guérin-Pace 2007; Simon 2007), dans la lignée de l'enquête MGIS. Le projet de recueillir des données sur la couleur de peau, dans une perspective de mesure des discriminations, s'est heurté à un front mené par des chercheurs et des associations (en particulier SOS-Racisme). Les détracteurs de ces catégories ne vont cette fois-ci pas attendre la publication des résultats mais se faire entendre dès la conception de l'enquête. Finalement, la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) s'opposera aux questions relatives à l'identification ethno-raciale ; seules, des questions sur le pays de naissance et la nationalité du répondant et de ses parents seront posées dans l'enquête TeO.

### 1.1.1. L'ORIGINE GÉOGRAPHIQUE : UNE CATÉGORIE CENTRALE

---

Dans les données de surveillance, l'information sur la nationalité actuelle est disponible dès la mise en place de la déclaration de sida. Si cette information ne reflète que la situation de l'épidémie parmi les étrangers et non l'ensemble des immigrés, elle permet néanmoins de dessiner les contours d'une autre épidémie que celle qui concerne les homosexuels et les toxicomanes. C'est bien parce que cette variable est collectée que l'on peut lire en 1983 qu'une partie des cas de sida recensés en France concerne des personnes originaires d'Afrique centrale et d'Haïti (BEH 1983). Le terme « originaire de » n'est certes pas défini même s'il est fait mention de la situation des immigrés, c'est-à-dire de personnes ayant migré depuis ces pays. Cette faible cohérence entre la variable collectée (la nationalité actuelle), le vocabulaire utilisé (originaire de) et la situation évoquée (la migration) ne traduit pas seulement l'imprécision et le flou qui entourent l'usage de ces catégories. Elle révèle que la situation du sida parmi ces populations a à voir avec le fait de migrer en provenance de certaines régions du monde. De manière implicite, la catégorie juridique de la nationalité est déjà partiellement disqualifiée pour rendre compte de cette situation. La réticence à publier des données en fonction de l'origine géographique en France diffère significativement de ce que l'on peut observer dans d'autres contextes, et notamment aux États-Unis, où le recours à des catégorisations raciales a permis de mettre en avant le poids de l'épidémie parmi les Noirs-Américains dès les débuts du sida (Friedman, Sotheran, *et al.* 1987; Selik, Castro, *et al.* 1988a).

À partir de 1984, des données sur la situation du sida en France sont régulièrement publiées dans le BEH. Trois « groupes à risque » sont identifiés au début de l'épidémie – les homosexuels masculins, les hémophiles et les toxicomanes – tandis qu'une quatrième catégorie regroupe les personnes sans facteur de risque connu. Ces groupes à risque sont répartis en fonction de la nationalité actuelle mais seuls les « Haïtiens » et les « Africains » sont distingués en raison de leur importance numérique (Tableau 1-1) (BEH 1984). Ainsi, les étrangers d'Afrique subsaharienne représentent à eux seuls 20 % des cas de sida déclarés, tandis qu'ils constituent à l'époque moins de 0,5 % de la population française. Le détail des nationalités correspondant à la catégorie « Africains » (mentionné en note dans le tableau) donne

à voir la surreprésentation des personnes originaires d’Afrique centrale, surreprésentation qui se confirmera par la suite. Cette première nomenclature adoptée dans le BEH reprend ainsi les « 4 H » (Homosexuels, Héroïnomanes, Haïtiens et Hémophiles) identifiés par les épidémiologistes américains au début de l’épidémie aux États-Unis (Grmek 1989), à une époque où les mécanismes de transmission du sida ne sont pas encore connus.

**Tableau 1-1 – Situation du sida en France au 1<sup>er</sup> janvier 1984**

	Français	Haïtiens	Africains (1)	Autres (2)
Homosexuels masculins . . . . .	59	1	0	3
Hémophiles . . . . .	1	0	0	0
Toxicomanes . . . . .	0	0	0	0
Pas de facteurs de risque connus :				
– hommes . . . . .	8	6	14	2
– femmes . . . . .	2	3	8	0
<b>Total . . . . .</b>	<b>70</b>	<b>10</b>	<b>22</b>	<b>5</b>

(1) Les patients africains sont de nationalité zairaise : 10, congolaise : 7, malienne : 2, gabonaise : 2, camerounaise : 1.  
(2) Anglais : 1, Espagnol : 1, Portugais : 1, Péruvien : 1, Pakistanais : 1.

**Source** : Bulletin épidémiologique hebdomadaire (2), 1984

Dans les années qui suivent, des modifications substantielles peuvent être observées dans la présentation des tableaux. En 1985, il n’est plus fait mention de la nationalité mais du pays auquel la nationalité correspond, et le détail des nationalités des personnes originaires d’Afrique subsaharienne disparaît des tableaux (Tableau 1-2) (BEH 1985). Le remplacement de la nationalité (française) par le pays (France) conduit à modifier la représentation des frontières entre les groupes : ce ne sont plus des personnes qui sont à risque, mais des zones géographiques qui définissent l’appartenance à un groupe à risque. Par ailleurs, la catégorie « Haïtiens » est remplacée par celle de « Caraïbes », ce qui traduit l’extension de l’épidémie dans cette région du monde et peut constituer une catégorie politiquement acceptable et moins stigmatisante que celle d’Haïtiens.

**Tableau 1-2 – Situation du sida en France au 30 juin 1985**

Origine géographique Groupe à risque	France	Caraïbes	Afrique	Autre	Total	
					Nb	%
1. Homosexuels ou bisexuels masculins. . .	247	4	6	12	269	69
2. Toxicomanes (I.V.). . . . .	5				5	1
3. Hémophiles. . . . .	3				3	0,8
4. Transfusés (sans autres facteurs de risque). . . . .	12		1		13	3
5. 1 et 2 associés. . . . .	3				3	0,8
6. Pas de facteur de risque connu :						
– sexe masculin. . . . .	18	19	29	1	67	17
– sexe féminin. . . . .	5	9	16		30	8
7. Inconnu. . . . .	2				2	0,5
<b>Total. . . . .</b>	<b>295</b>	<b>32</b>	<b>52</b>	<b>13</b>	<b>392</b>	<b>100</b>
	75 %	8 %	13 %	3 %		

**Source** : Bulletin épidémiologique hebdomadaire (34), 1985

L'apparition en 1986 de la catégorie « *Europe* », subdivisée entre « *France* » et « *Autre* » révèle une distinction implicite entre les « Blancs » (Europe = France + Autre) les « Noirs » (Caraïbes + Afrique) (Tableau 1-3) (BEH 1986). Le choix de ce découpage ne repose pas sur les liens observés entre les groupes à risque et l'origine géographique car la répartition en fonction des groupes à risque est la même dans la sous-modalité « *Autre* » de Europe et dans la modalité « *Autre* ». Ce découpage semble traduire une représentation raciale de l'origine géographique plus qu'il ne renvoie à une logique épidémiologique.

**Tableau 1-3 – Situation du sida en France au 30 juin 1986**

Origine géographique	Europe		Caraïbes	Afrique	Autre	Total	
	France	Autre				Nombre	Pourcentage
<b>Groupe à risque</b>							
Homosexuels ou bisexuels masculins .....	517	31	4	6	29	587	70,5
Toxicomanes (IV) .....	28		1			29	3,5
Hémophiles .....	2						0,5
Transfusés (sans autres facteurs de risque) .....	24	2	1	1		28	3,4
(1) et (2) associés .....	11				2	13	1,6
Pas de facteur de risque connu :							
– sexe masculin .....	41	1	28	30	1	101	12
– sexe féminin .....	17	1	21	23	1	63	7,5
Inconnu .....	8					8	1
<b>Total .....</b>	<b>650</b>	<b>35</b>	<b>55</b>	<b>60</b>	<b>33</b>	<b>833</b>	<b>100</b>

**Source** : Bulletin épidémiologique hebdomadaire (34), 1986

Les personnes de nationalité haïtienne ou d'un pays d'Afrique subsaharienne se retrouvent majoritairement, mais pas uniquement, dans la modalité « pas de facteur de risque connu », seule modalité à être stratifiée sur le sexe. Au-delà des questions d'effectifs pour les autres modalités, cette stratification peut traduire l'intuition que cette catégorie recouvre des cas de transmission hétérosexuelle, ce qui nécessitait de différencier les hommes et les femmes. Et en effet, la catégorie qui est notoirement absente dans ce tableau, ce n'est pas l'origine géographique mais bien l'hétérosexualité.

### 1.1.2. L'ARRIVÉE DE L'HÉTÉROSEXUALITÉ DANS LES « GROUPES À RISQUE »

La catégorie concernant la transmission hétérosexuelle fait son apparition en juin 1987, soit un an après la mise en place de la déclaration obligatoire de sida. L'arrivée de cette catégorie s'inscrit dans le contexte de la découverte des modes de transmission du virus. Les hétérosexuels sont alors divisés en deux catégories : « *hétérosexuels partenaires d'un sujet infecté ou à risque* » et « *hétérosexuels sans facteur de risque connu* » (Tableau 1-4) (BEH 1987b). L'idée selon laquelle




l'apparition de la catégorie « *hétérosexuels* » fait suite à l'augmentation du nombre de cas dans la catégorie « *pas de facteur de risque connu* » (Musso 2008) semble devoir être nuancée. Certes, les effectifs absolus progressent dans cette catégorie, comme dans les autres catégories. En revanche, la part de la catégorie « *pas de facteur de risque connu* » ne fait que diminuer au cours de la période 1984-1986, passant de près de 30 % à moins de 20 %.

**Tableau 1-4 – Situation du sida en France au 30 juin 1987**

**Tableau 2. — Répartition des cas de SIDA par groupe à risque et origine géographique  
Adultes - France 30 juin 1987**

Groupe à risque	Origine géographique		Caraïbes	Afrique	Autre	Inconnu	Total	
	Europe						Nombre	%
	France	Autre						
1. Homosexuels ou bisexuels masculins . . . . .	1 078	52	4	20	49	12	1 215	63,3
2. Toxicomanes (I.V.) . . . . .	170	13	1	7			191	9,9
3. Hémophiles . . . . .	17	1					18	0,9
4. Transfusés (sans autre facteur de risque) . . . . .	111	2	4	9	1	2	129	6,7
5. (1) et (2) associés . . . . .	52	4		2	5		63	3,3
6. Hétérosexuels partenaires de sujets infectés ou à risque :								
— hommes . . . . .	34	2	10	26			72	3,7
— femmes . . . . .	23	1	8	8	1		41	2,1
7. Hétérosexuels sans facteur de risque connu :								
— homme . . . . .	44		20	22	1	1	88	4,6
— femme . . . . .	15		19	14	1		49	2,1
8. Inconnu . . . . .	31	1	11	6	1	1	51	2,6
<b>Total . . . . .</b>	<b>1 575</b>	<b>76</b>	<b>77</b>	<b>114</b>	<b>59</b>	<b>16</b>	<b>1 917</b>	<b>100</b>



**Origine géographique**

**Groupe à risque**

---

1. Homosexuels ou bisexuels masculins . . . . .

2. Toxicomanes (I.V.) . . . . .

3. Hémophiles . . . . .

4. Transfusés (sans autre facteur de risque) . . . . .

5. (1) et (2) associés . . . . .

6. Hétérosexuels partenaires de sujets infectés ou à risque :

  — hommes . . . . .

  — femmes . . . . .

7. Hétérosexuels sans facteur de risque connu :

  — homme . . . . .

  — femme . . . . .

8. Inconnu . . . . .

---

**Total . . . . .**

**Source :** Bulletin épidémiologique hebdomadaire (32), 1987

La création de la catégorie « *hétérosexuel* » avait pour objectif de préciser les contaminations rapportées au groupe à risque « *pas de facteur de risque connu* », modalité pour le moins peu informative. Le questionnement sur les hétérosexuels émerge en Europe à la fin des années 1980 dans un contexte de requalification du risque. À l'identification de « groupes à risque » a succédé une approche en termes de « comportements à risque », considérée comme moins stigmatisante (Delaunay 1999; Calvez 2004). Signe de cette évolution, le terme de « groupe à risque » est remplacé en 1988 par celui de « groupe de transmission » jugé plus neutre.

Le déplacement vers les comportements à risque devait permettre de défaire les identités stigmatisées attachées à la transmission du VIH/sida (Calvez 2004), conduisant à une invisibilisation des groupes les plus touchés et contribuant à occulter la diffusion sélective du virus. Mais alors qu'il existe un lien – y compris problématique – entre l'identification comme homosexuel ou usager de drogue et les pratiques dites à risque (pénétration anale sans préservatif, échange de seringues), ce n'est en revanche pas le cas pour les immigrés. La diffusion de l'épidémie dans ces populations ne peut pas être rapportée à un type de pratiques, comme le montrent les statistiques publiées dans le BEH. Si les personnes originaires des Caraïbes se retrouvent majoritairement (mais pas uniquement) dans les deux catégories liées à l'hétérosexualité, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne se répartissent pour moitié entre les modalités liées à l'hétérosexualité et les autres (et notamment la catégorie « *homosexuels ou bisexuels masculins* ») (Tableau 1-4) (BEH 1987b). Il n'y a donc pas de superposition du groupe de transmission et de l'origine géographique. Une approche centrée sur les comportements à risque était peu compatible avec la visibilité des migrant·e·s comme groupe particulièrement concerné par l'épidémie du sida.

Ces questionnements sur les comportements à risque ont abouti à la mise en place d'enquêtes pour étudier le rôle de la transmission hétérosexuelle dans la diffusion de l'épidémie de sida. Dans une étude des cas de sida hétérosexuels menée en 1988, l'origine du partenaire est assimilée à un facteur de risque pour les hétérosexuels français, l'analyse portant principalement sur les hétérosexuels français « *partenaires de sujets infectés ou à risque* » (c'est-à-dire bisexuel, toxicomane, transfusé, séropositif, originaire d'Afrique, originaire d'Haïti) (BEH 1988a). Le même constat peut être tiré d'une étude multicentrique européenne sur la transmission

hétérosexuelle (BEH 1988b). À l'inverse, dans la première enquête menée sous l'égide du Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES)<sup>10</sup> sur la population hétérosexuelle « à risque » (Bajos, Ménard, *et al.* 1989), il n'est pas fait mention de l'origine géographique des personnes enquêtées, aucune question n'ayant été posée sur la nationalité ou le pays de naissance.

Lorsque les enquêtes portent sur les personnes séropositives, on observe une surdétermination de la transmission par l'origine géographique, réduite à un facteur de risque. Au contraire, lorsque les enquêtes portent sur la population dite générale, c'est l'occultation de l'origine géographique qui prévaut. Le lien entre sida, sexualité et migration établi dans ces enquêtes aboutit à construire les migrant·e·s comme un vecteur hétérosexuel de la transmission. Cette assimilation des migrant·e·s à un vecteur de la transmission sexuelle va être renforcée dans les années suivantes, suite à de nouvelles évolutions dans la présentation des catégories de classement.

### **1.1.3. LA RELÉGATION DE L'ORIGINE GÉOGRAPHIQUE DANS LES GROUPES DE TRANSMISSION**

---

La classification adoptée en 1987 va prévaloir sans modification majeure jusqu'en 1989. À partir de cette date, le classement des groupes à risque selon l'origine géographique est supprimé. Après avoir été retirée dans le BEH de mars 1989 (BEH 1989b), l'origine géographique réapparaît dans le BEH du mois de juin (BEH 1989a). Néanmoins, ce retour s'est accompagné d'un changement de statut de la variable sur l'origine géographique, rétrogradée du rôle de variable de croisement à celui d'une sous-modalité d'un groupe de transmission, celui de « *contact hétérosexuel* ». En outre, la formulation adoptée pour décrire le type de « *contact hétérosexuel* » (bisexuel, toxicomane, hémophile, transfusé, séropositif, originaire des Caraïbes, originaire d'Afrique) fait référence à l'origine du partenaire. Or, si la nationalité du patient est recueillie dans la Déclaration Obligatoire de sida, l'information sur le partenaire repose sur la déclaration du patient et l'on ne sait pas précisément sur quel critère elle se fonde.

---

<sup>10</sup> Le CFES, créée en 1972, deviendra l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en 2002.

Tableau 1-5 – Situation du sida en France au 30 juin 1989

Tableau 3. – Répartition des cas de SIDA par groupe de transmission et sexe diagnostiqués entre juillet 1987 et juin 1988, entre juillet 1988 et juin 1989 et depuis 1978. France et O.M. 30 juin 1989

Groupes de transmission	Cas diagnostiqués entre le 1-7-1987 et le 30-6-1988			Cas diagnostiqués* entre le 1-7-1988 et le 30-6-1989			Cas cumulés depuis 1978		
	Femmes + (%)	Hommes + (%)	Total + (%)	Femmes + (%)	Hommes + (%)	Total + (%)	Femmes + (%)	Hommes + (%)	Total + (%)
1. Homo-bisexuels	0 (0,0)	1 232 (62,8)	1 232 (53,0)	0 (0,0)	848 (56,1)	848 (47,8)	0 (0,0)	3 874 (63,0)	3 874 (64,2)
2. Toxicomanes	117 (38,7)	290 (14,7)	407 (17,0)	103 (34,0)	354 (21,0)	457 (23,0)	340 (34,1)	837 (13,4)	1 177 (16,5)
3. (1 et 2)	0 (0,0)	46 (2,3)	46 (2,0)	0 (0,0)	33 (2,0)	33 (1,7)	0 (0,0)	163 (2,6)	163 (2,3)
4. Hémophiles	1 (0,3)	28 (1,4)	29 (1,3)	0 (0,0)	25 (1,5)	25 (1,2)	1 (0,1)	81 (1,3)	82 (1,1)
5. Contact hétérosexuel	88 (27,8)	125 (6,3)	213 (9,3)	95 (31,2)	117 (6,9)	212 (10,7)	291 (29,2)	827 (6,9)	718 (10,0)
Bisexuel	0	8	8	12	0	12	28	0	28
Toxicomane	21	8	29	15	6	20	49	17	66
Hémophile	2	0	2	0	0	0	3	0	3
Transfusé	2	1	3	12	4	16	18	3	21
Séropositif	10	3	13	11	6	17	30	12	42
Originaire des Caraïbes	25	41	66	23	50	73	86	160	246
Originaire d'Afrique	25	12	37	22	54	76	77	235	312
6. Transfusés	65 (20,4)	91 (4,6)	156 (6,8)	66 (21,8)	65 (3,8)	131 (6,6)	216 (21,6)	265 (4,2)	481 (6,7)
7. Indéterminés	27 (8,5)	118 (6,0)	145 (6,3)	23 (7,6)	178 (10,4)	201 (10,0)	76 (7,6)	376 (6,1)	452 (6,3)
8. Enfants	21 (6,5)	39 (2,1)	60 (2,7)	18 (5,3)	21 (1,2)	37 (1,8)	74 (7,4)	128 (2,2)	202 (2,8)
<b>Total</b>	<b>319 (100,0)</b>	<b>1 869 (100,0)</b>	<b>2 288 (100,0)</b>	<b>303 (100,0)</b>	<b>1 686 (100,0)</b>	<b>1 989 (100,0)</b>	<b>956 (100,0)</b>	<b>6 151 (100,0)</b>	<b>7 149 (100,0)</b>

\* Données présumées.

Groupes de transmission

---

1. Homo-bisexuels
2. Toxicomanes
3. (1 et 2)
4. Hémophiles
5. Contact hétérosexuel
  - Bisexuel
  - Toxicomane
  - Hémophile
  - Transfusé
  - Séropositif
  - Originaire des Caraïbes
  - Originaire d'Afrique
6. Transfusés
7. Indéterminés
8. Enfants

---

Total

**Source** : Bulletin épidémiologique hebdomadaire (37), 1989

En 1990, le groupe de transmission « *contact hétérosexuel* » sépare les modalités relatives au partenaire et celles relatives au patient (« *partenaires bisexuel, toxicomane, hémophile, transfusé, séropositif sans risque identifié, originaire des Caraïbes, originaire d'Afrique* », « *personnes originaires d'Afrique et des Caraïbes* »), dénotant le souci de distinguer les deux situations (Tableau 1-6) (BEH 1990). La mention de l'origine du patient peut paraître problématique alors que les autres modalités concernent les partenaires du patient. Cette catégorisation n'en traduit pas moins une réalité épidémiologique de la diffusion de l'épidémie : le fait

d'être originaire d'un pays d'endémie ou d'avoir eu des rapports sexuels avec quelqu'un originaire d'un pays d'endémie constitue un indicateur de risque<sup>11</sup>.

**Tableau 1-6 – Situation du sida en France au 31 mars 1990**

Tableau 6. — Répartition des cas de SIDA par groupe de transmission et sexe  
Cas diagnostiqués entre avril 1989 et mars 1990, entre avril 1989 et mars 1990 et depuis 1978  
(France et D.O.M., 31 mars 1990)

Groupe de transmission	Cas diagnostiqués* entre le 1 <sup>er</sup> avril 1989 et le 31 mars 1990				Cas diagnostiqués* entre le 1 <sup>er</sup> avril 1989 et le 31 mars 1990				Cas cumulés depuis 1978			
	Femmes	Hommes	Total	(%)	Femmes	Hommes	Total	(%)	Femmes	Hommes	Total	(%)
1. Homo/bisexuels	0	1 365	1 365	(49,4)	0	1 078	1 078	(48,5)	0	5 069	5 069	(52,2)
2. Toxicomanes	141	448	589	(21,3)	159	452	611	(25,7)	508	1 288	1 804	(18,8)
3. (1) et (2)	0	40	40	(1,4)	0	38	38	(1,6)	0	203	203	(2,1)
4. Hémophiles	0	80	80	(3,0)	0	42	42	(1,9)	4	144	148	(1,5)
5. Contact hétérosexuel	131	159	290	(10,5)	131	155	286	(12,1)	431	593	1 024	(10,5)
5.1. Partenaire bisexuel	17	0	17		18	0	18		45	0	45	
transfusé	2	8	10		3	12	15		82	28	110	
hémophile	0	0	0		0	0	0		0	0	0	
transfusé	13	2	15		5	3	8		24	5	29	
séropositif sans risque identifié	11	8	19		21	2	23		98	18	116	
originaire des Caraïbes	0	0	0		0	0	0		0	0	0	
originaire d'Afrique	0	41	41		0	33	33		23	131	154	
5.2. Originaire d'Afrique des Caraïbes	28	34	62		20	38	58		87	178	263	
6. Transfusé	0	99	99	(3,6)	0	62	62	(2,5)	107	215	322	
7. Indéterminés	27	129	156	(5,7)	27	70	97	(4,1)	279	340	625	(6,4)
8. Enfants	27	38	65	(2,3)	20	13	33	(1,4)	102	163	265	(2,6)
<b>Total</b>	<b>409</b>	<b>2 364</b>	<b>2 773</b>	<b>(100)</b>	<b>399</b>	<b>1 972</b>	<b>2 371</b>	<b>(100)</b>	<b>1 421</b>	<b>8 237</b>	<b>9 718</b>	<b>(100)</b>

\* Données provinciales.

**Groupe de transmission**

1. Homo/bisexuels
2. Toxicomanes
3. (1) et (2)
4. Hémophiles
5. Contact hétérosexuel
- 5.1. Partenaire bisexuel
- transfusé
- hémophile
- transfusé
- séropositif sans risque identifié
- originaire des Caraïbes
- originaire d'Afrique
- 5.2. Originaire d'Afrique des Caraïbes
6. Transfusé
7. Indéterminés
8. Enfants
- Total**

**Source** : Bulletin épidémiologique hebdomadaire (23), 1990

Ainsi, à partir de 1989, l'origine géographique apparaît uniquement comme une modalité du contact hétérosexuel. La coexistence du groupe à risque « *hétérosexuels* » et de l'origine géographique aura été de courte durée. Avec ce nouveau mode de classement, les étrangers n'apparaissent que dans les cas de transmission hétérosexuelle. En effet, la hiérarchisation des groupes de transmission aboutit à classer les individus dans le groupe listé en premier, selon une logique

<sup>11</sup> Un *facteur de risque* est une caractéristique liée statistiquement au risque de survenue d'une maladie. Un *indicateur de risque* est une caractéristique individuelle liée statistiquement à la probabilité d'être exposé à un facteur de risque. Ainsi, le fait d'avoir des rapports sexuels avec quelqu'un du même sexe constitue pour les hommes un indicateur de risque, tandis que la pénétration anale non protégée avec une personne séropositive représente un facteur de risque.

d'indicateur de risque décroissant. Certains étrangers sont probablement présents dans les autres catégories mais on n'est alors plus en mesure de les distinguer. Ainsi, un étranger contaminé lors de relations sexuelles avec une personne du même sexe sera classé dans la première catégorie (« *homosexuels* »), ce qui aboutit à faire disparaître l'origine géographique, en dehors des cas de transmission hétérosexuelle.

Une deuxième étape dans ce processus de relégation de l'origine géographique est observée en 1991, date à partir de laquelle deux tableaux sont présentés pour décrire la répartition des cas de sida (Tableau 1-7) (BEH 1991). L'origine géographique n'apparaît plus dans les groupes de transmission, mais uniquement comme une modalité du contact hétérosexuel dans le tableau réservé à la transmission hétérosexuelle.

Tableau 1-7 - Situation du sida en France au 31 décembre 1990

Tableau 2. - Répartition des cas de SIDA par groupe de transmission et année de diagnostic (31 décembre 1990, France et D.O.M.)

Groupes de transmission	Années de diagnostic											
	1978	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988*	1989*	1990*
1. Homo-bisexuels	2	1	3	20	64	142	209	228	1 210	1 493	1 652	1 242
2. Toxicomanes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3. (1) et (2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. Hémophiles	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. Hétérosexuels	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. Transfusés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. Indéterminés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8. Enfants	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>64</b>	<b>142</b>	<b>209</b>	<b>228</b>	<b>1 210</b>	<b>1 493</b>	<b>1 652</b>	<b>1 242</b>
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)

\* Données provisoires



Groupes de transmission

1. Homo-bisexuels	...	%
2. Toxicomanes	...	%
3. (1) et (2)	...	%
4. Hémophiles	...	%
5. Hétérosexuels	...	%
6. Transfusés	...	%
7. Indéterminés	...	%
8. Enfants	...	%
<b>Total</b>	...	%

Tableau 3. - Répartition des cas de SIDA hétérosexuels par type de contact et par année de diagnostic (France et D.O.M., 31 décembre 1990)

Contact hétérosexuel type de contact	Années de diagnostic								Total	
	< 1985	1985	1986	1987	1988	1989*	1990*	effectif	%	
Partenaire bisexuel	0,0	0,0	4,4	2,5	4,5	5,1	4,0	55	(3,8)	
Partenaire toxicomane	0,0	4,4	6,1	3,6	10,2	14,2	15,1	107	(10,9)	
Partenaire hémophile	0,0	1,5	0,0	0,5	1,0	0,3	0,7	0	(0,0)	
Partenaire transfusé	0,0	0,0	0,9	2,5	3,2	3,8	2,0	38	(2,6)	
Partenaire séropositif (sans autre précision)	0,0	0,0	0,9	5,1	8,3	6,7	7,4	64	(5,9)	
Partenaire originaire des Caraïbes	2,7	4,4	2,9	4,1	2,9	4,6	3,3	53	(3,7)	
Partenaire originaire d'Afrique	8,3	12,6	17,5	13,2	20,1	14,2	13,7	226	(15,7)	
Patient originaire des Caraïbes	38,2	39,7	35,0	32,0	27,8	31,4	24,7	427	(30,4)	
Patient originaire d'Afrique	49,3	32,4	31,8	29,4	22,4	19,6	29,1	383	(28,6)	
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>88</b>	<b>114</b>	<b>137</b>	<b>213</b>	<b>223</b>	<b>299</b>	<b>1 429</b>	<b>(100)</b>	
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	

\* Données provisoires



Contact hétérosexuel type de contact

Partenaire bisexuel	...
Partenaire toxicomane	...
Partenaire hémophile	...
Partenaire transfusé	...
Partenaire séropositif (sans autre précision)	...
Partenaire originaire des Caraïbes	...
Partenaire originaire d'Afrique	...
Patient originaire des Caraïbes	...
Patient originaire d'Afrique	...
<b>Total</b>	...

Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire (7), 1991

L'émergence de la catégorie « *hétérosexuels* » et les évolutions successives dans le découpage et la présentation des catégories de classement à la fin des années 1980 ont abouti à une relégation progressive des étrangers d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes dans les groupes de transmission<sup>12</sup>. Ces évolutions dans les catégories peuvent également être mises au compte de la diminution de la part des étrangers parmi les cas de sida durant les premières années de l'épidémie. En 1988, la proportion des étrangers d'un pays d'Afrique subsaharienne est de 6 % alors qu'elle était de 20 % en 1984. La disparition progressive de l'origine géographique au cours des années 1980 doit également être mise en perspective avec la crainte de l'instrumentalisation de ces données à des fins de stigmatisation des populations immigrées. Ce n'est pas tant la collecte d'informations relatives à l'origine géographique qui pose problème que leur publication, hors du cercle des spécialistes. Néanmoins, la présence de l'origine géographique dans un seul groupe de transmission a pu contribuer à produire ce que l'on voulait éviter : l'assimilation des étrangers d'Afrique subsaharienne à un vecteur hétérosexuel de l'épidémie (Fassin 1999). C'est paradoxalement au moment où les « groupes à risque » sont disqualifiés au profit d'une approche visant à identifier les comportements à risque que les étrangers se retrouvent visibles uniquement dans les groupes de transmission.

Parler d'invisibilité des étrangers dans les chiffres du sida consiste en un raccourci qui ne tient pas compte des données publiées dans les premières années de l'épidémie. Au début de l'épidémie, les groupes à risque sont présentés en fonction de l'origine géographique du patient, et les étrangers d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes sont visibles dans les statistiques du sida. La construction et la présentation de ces données ne permettaient pas, il est vrai, d'attester la différence de prévalence selon la nationalité.

En outre, le processus de requalification du risque observé à la fin des années 1980, avec le passage de la notion de « groupe à risque » à celle de « comportements à risque », a eu pour corollaire une progressive relégation de l'origine géographique

---

<sup>12</sup> La catégorie « hétérosexuels » fait l'objet de nombreux ajustements au cours de la période. En 1994 a lieu une révision européenne de la catégorie hétérosexuelle, ce qui aboutira à l'élargissement des critères de la catégorie de transmission hétérosexuelle en 1996 dans la déclaration obligatoire de sida **BEH** 1996 'Elargissement des critères de la catégorie "transmission hétérosexuelle" dans le cadre de la surveillance du Sida en France', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(24).



dans les groupes de transmission au profit d'une visibilité croissante de l'hétérosexualité. La prise en compte de l'origine géographique uniquement dans les groupes de transmission a conduit à assimiler les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne à un vecteur hétérosexuel de la transmission, responsables d'une pathologie d'importation, en raison de la situation d'endémie dans leur pays d'origine. La difficulté à mettre en place des recherches sur ces migrant·e·s est redoublée par la difficulté à mobiliser cette catégorie qui regroupe des personnes dont la seule caractéristique commune est de venir de pays d'endémie. Cette association entre « migrants » et « risque » est renforcée par l'utilisation différentielle du pays de naissance des personnes dans les enquêtes, visible quand elles portent sur les personnes séropositives, invisible quand elles portent sur la population dite générale. Cette assimilation pèsera durablement sur la capacité à conduire des recherches sur ces populations, notamment sur les questions de sexualité. Elle a également pu conduire à enfermer les recherches sur la sexualité parmi ces populations sous le prisme du risque qu'elles représentaient pour la population dite générale.

## 1.2. LA MISE EN PLACE D'UNE PRÉVENTION CIBLÉE (1990-1996)

---

Au moment où les étrangers disparaissent des données de surveillance, ils apparaissent dans les programmes de prévention et, dans une moindre mesure, dans les recherches, laissant à penser qu'il n'y a pas de lien mécanique entre la publication de données et les préoccupations institutionnelles ou scientifiques concernant une population. S'observe à cette époque un découplage entre actions de terrain communautaires vers les groupes les plus exposés et communication grand public visant à lutter contre les phénomènes de stigmatisation et de rejet telle que la campagne « *Sida : nous sommes tous concernés* » mise en place par le CFES en 1988 (Paicheler 2002). Parallèlement à un discours universaliste sur le sida, la diffusion sélective du virus a en effet conduit à mettre en place une prévention ciblée vers les groupes les plus exposés (Fassin 2002b; Musso 2008). À la suite du rapport Got commandé par le ministère de la Santé et remis au gouvernement en 1988, de nouvelles institutions sont créées en 1989 pour organiser la mobilisation politique et sociale contre l'épidémie (Balthasar, Spencer, *et al.* 2002) : l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS), en charge de l'organisation de la recherche, le Conseil National du Sida (CNS) qui veille aux droits fondamentaux de la personne dans la lutte contre l'épidémie et l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS), chargée de la prévention.

Dans un contexte français peu enclin à promouvoir des approches de santé publique par communautés, l'irruption du sida va obliger à nuancer cette perspective. En raison des flux migratoires en provenance de zones d'endémie, des associations et des chercheurs ont bénéficié de financements de l'État pour mener des activités de prévention et d'enquête (Fassin 2001). En 1989, le ministère de la Santé débloque les premières subventions pour mener des actions de prévention primaire en direction des migrant·e·s. Pour mettre en place ces actions de proximité, l'AFLS a besoin de trouver des relais pour cibler les publics qui ne sont pas forcément en lien avec les associations de lutte contre le sida (Musso 2008). Le lancement d'un appel d'offres en 1990 avait pour objectif de susciter des projets ayant trait à la prévention du sida dans le milieu associatif. La même année, le CFES met en place un groupe de travail

sur la santé des migrants, avec le souhait de promouvoir une approche communautaire (CRIPS 1990).

Si la mise en place de ces actions de prévention atteste que les migrant·e·s sont identifiés comme un groupe particulièrement touché par le sida, cette volonté ne s'est pas forcément appuyée sur une connaissance fine de ces populations, et notamment des associations les concernant. Les étrangers n'ayant obtenu le droit d'association qu'en 1981, la structuration des associations d'étrangers est encore faible à la fin des années 1980. C'est d'autant plus vrai pour les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne qui sont arrivés récemment en France et qui représentent à cette époque un flux très minoritaire. De 20 000 au recensement de 1962, leur nombre a certes augmenté en 1982 mais reste faible (moins de 200 000 personnes) (Insee 2005), tout en constituant un groupe très hétérogène. En outre, les associations généralistes ont du mal à mobiliser des volontaires sur des interventions auprès de migrant·e·s. À Aides<sup>13</sup>, le groupe "migrants" n'attire que peu de volontaires, traduisant les difficultés qu'éprouve l'association à mobiliser ses volontaires auprès de catégories sociales socioculturellement éloignées d'eux (Pinell 2002). À l'origine des premières actions tournées vers les migrant·e·s, on retrouve des associations caritatives et des associations de travailleurs immigrés (Pinell 2002).

### **1.2.1. UNE SURREPRÉSENTATION DES ÉTRANGERS/MIGRANTS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE DANS LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES**

---

Si les étrangers « disparaissent » partiellement des données de surveillance à la fin des années 1980, les migrant·e·s font leur apparition dans des enquêtes de prévalence<sup>14</sup>. Les premières enquêtes qui intègrent des questions sur le pays de naissance sont menées au début des années 1990. Pour être exacte, une enquête menée en 1987 auprès de femmes enceintes ayant pour objectif d'établir la prévalence de l'infection VIH et les modes probables de contaminations comportait

---

<sup>13</sup> Aides, association généraliste de lutte contre le sida, a été créée en 1984 à l'initiative de Daniel Defert, sociologue, avec Frédéric Edelmann, journaliste et Jean-Florian Mettetal, médecin.

<sup>14</sup> La prévalence compte tous les cas, qu'ils soient nouveaux ou non, à un moment donné (information de stock), tandis que l'incidence est le nombre de nouveaux cas d'une maladie observé pendant une période (information de flux).

une question sur le pays de naissance des femmes et de leur conjoint (BEH 1987a). Néanmoins, aucune donnée de prévalence en fonction du pays de naissance n'est calculée, l'origine étant réduite à un indicateur de risque. Pour autant, parmi les 12 femmes séropositives, 5 étaient originaires ou avaient séjourné en pays d'endémie, ce qui atteste indirectement la surreprésentation de ces femmes parmi les femmes séropositives.

C'est en 1993 que l'enquête Prevagest, qui existe depuis 1991, fournit les premières données statistiques permettant de rendre compte de la prévalence différentielle du sida en fonction du pays de naissance parmi les femmes enceintes (BEH 1993). Les prévalences s'échelonnent de 3,4 pour mille pour les femmes nées dans un pays du Maghreb et 4,2 pour celles nées en France métropolitaine à 8,5 pour celles nées dans les Départements Français d'Amérique (DFA) (Martinique, Guadeloupe, Guyane), 18,3 pour celles nées dans un pays d'Afrique (subsaharienne) et 41,7 pour celles nées dans les Caraïbes. Ces chiffres montrent que les femmes nées dans les DFA, mais surtout en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes, sont particulièrement touchées. Néanmoins, ces données ne concernent que les femmes enceintes et ne permettent pas d'extrapoler à l'ensemble des immigrés, et notamment aux hommes. Bien que très utiles et informatives, elles renforcent l'image d'une transmission majoritairement hétérosexuelle dans les populations étrangères.

En 1995, la publication des données de surveillance en fonction de la nationalité actuelle confirme la surreprésentation des personnes d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes observée dans Prevagest (Lot 1995). Ces données attestent l'augmentation de la part des personnes d'une nationalité d'Afrique subsaharienne parmi les personnes séropositives (de 20 % en 1989 à 37 % en 1995) et témoignent d'un profil spécifique de l'épidémie dans ces populations puisque la transmission y est majoritairement hétérosexuelle, et la découverte de séropositivité tardive. Les personnes d'une nationalité d'Afrique centrale représentent 60 % des cas de sida parmi les étrangers d'Afrique subsaharienne, alors que cette immigration est minoritaire, ce qui traduit les différences de prévalence dans les pays d'origine de ces personnes.

Cette publication contraste avec l'absence d'évolution dans la présentation des données publiées dans le BEH au cours de cette période : on y trouve toujours les deux tableaux mentionnés dans la partie précédente, la répartition des cas de sida par


groupe de transmission et la répartition des cas de sida parmi les personnes contaminés par rapports hétérosexuels mise en place en 1991 (Tableau 1-8) (BEH 1995). En outre, la répartition des contaminations lors de rapports hétérosexuels se fait « selon soit le risque du partenaire, soit l'origine géographique du cas » : cette terminologie renforce l'assimilation de l'origine géographique à un indicateur de risque.

**Tableau 1-8 – Situation du sida en France au 31 décembre 1994**

**Tableau 5. – Répartition des cas de SIDA contaminés lors de rapports hétérosexuels selon soit le risque du partenaire, soit l'origine géographique du cas, par année de diagnostic (France, 31 décembre 1994)**

Risque du partenaire ou origine géographique du cas	Année de diagnostic									
	1986	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994*	1994*	1994*
Partenaire bisexuel masculin	0	0	0	14	19	20	10	10	10	10
Partenaire toxicomane	0	0	0	14	19	20	10	10	10	10
Partenaire hémophile	17 26	30 20	31 21	33 24	33 25	33 25	33 25	33 25	33 25	33 25
Partenaire transfusé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Partenaire séropositif sans autre précision	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Partenaire originaire des Caraïbes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Partenaire originaire d'Afrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient originaire des Caraïbes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient originaire d'Afrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>128</b>	<b>209</b>	<b>244</b>	<b>289</b>	<b>287</b>	<b>287</b>	<b>287</b>	<b>287</b>	<b>287</b>

\* Données préliminaires.



<b>Risque du partenaire ou origine géographique du cas</b>	
Partenaire bisexuel masculin	0%
Partenaire toxicomane	0%
Partenaire hémophile	17%
Partenaire transfusé	0%
Partenaire séropositif (sans autre précision)	0%
Partenaire originaire des Caraïbes	0%
Partenaire originaire d'Afrique	0%
Patient originaire des Caraïbes	0%
Patient originaire d'Afrique	0%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

**Source** : Bulletin épidémiologique hebdomadaire (8), 1995

### 1.2.2. DES RECHERCHES CENTRÉES SUR LES MIGRANT·E·S DU MAGHREB

---

Le caractère à la fois récent et faible numériquement des migrations d'Afrique subsaharienne au début des années 1980 a probablement participé du peu de recherches conduites sur ces courants migratoires. La quasi-absence de recherches sur ces populations dans d'autres champs de la recherche n'a pas permis le transfert de connaissances et d'acteurs vers le domaine du sida, contrairement à ce que l'on a pu observer concernant les migrant·e·s du Maghreb.

Dans un contexte de quasi-absence des recherches dans le champ académique, ce sont les acteurs de la prévention – aussi bien institutionnels qu'associatifs – qui produisent les premières réflexions sur la situation du sida parmi les migrant·e·s. Dès 1989, le Centre régional d'information et de prévention (CRIPS) d'Île-de-France – qui a constitué un acteur majeur sur ces questions – organise une première rencontre sur « migrants et sida » (CRIPS 1990). Au cours de cette rencontre, sont invités des acteurs de la prévention du sida intervenant auprès de migrant·e·s en Europe, en Suisse et aux Pays-Bas afin de confronter ces expériences aux actions menées en France (ou plutôt à leur absence). Sont évoqués des thèmes qui deviendront centraux et récurrents : risque de stigmatisation que pourrait entraîner l'association des termes « migrants » et « sida », éventuelles spécificités de ces populations et interrogation sur la pertinence d'une prévention ciblée. Pionnière, l'association URACA (Unité de Réflexion et d'Actions des Communautés Africaines)<sup>15</sup> a mis en place des recherches-actions auprès des « communautés africaines » dès 1989 (Maman, Ahui, *et al.* 1993). Ces recherches sont empreintes d'un culturalisme dont la fonction d'occultation des conditions sociales dans l'expérience de la maladie a largement été critiquée par ailleurs (Fassin et Ricard 1996; Fassin 1999).

À cette époque, peu de chercheurs s'engagent sur le sujet, le croisement des objets « sida » et « migration » étant considéré comme particulièrement sensible. Lors du bilan du premier appel d'offres de l'ANRS en 1989, le comité déplore le manque de travaux pour adapter les stratégies de prévention aux migrant·e·s (Calvez 2004). Cette critique sera récurrente dans les années qui suivront. Les premiers

---

<sup>15</sup> Uraca est une association de migrants africains pour la prévention du sida et la solidarité en France et en Afrique créée en 1986.

travaux sont le fait de chercheuses hors statut et portent principalement sur les représentations de la transmission, notamment sexuelle, parmi les immigrés du Maghreb (Marzouk 1991; Shabou 1991; Moumen-Marcoux 1993). Le statut et le sexe de ces chercheuses constituent un indicateur de la précarité de ces sujets dans le champ académique (Musso 2008).

Les recherches concernent majoritairement les immigrés du Maghreb, bien que ce groupe n'ait jamais été distingué dans les statistiques du sida. À cette importance des recherches sur les migrant·e·s du Maghreb, plusieurs raisons peuvent être avancées, liées autant à l'histoire des migrations qu'au profil de l'épidémie dans ces populations. Les migrations en provenance du Maghreb sont plus anciennes et importantes que celles en provenance d'Afrique subsaharienne. En 1982, les immigrés du Maghreb sont près de 1,2 million et comptent pour 29 % des immigrés, sept fois plus nombreux que les immigrés d'Afrique subsaharienne à la même époque. À cela s'ajoute une visibilisation politique et médiatique (la marche pour l'égalité et contre le racisme se déroule en 1983<sup>16</sup>), mais également scientifique, notamment avec les travaux d'Abdelmalek Sayad (Sayad 1975; Sayad 1977; Sayad 1979a; Sayad 1979b). Des chercheurs travaillant déjà sur les immigrés du Maghreb se sont ainsi emparés de la question du sida, investissant un nouveau sujet sur une population connue.

En outre, le recours à des pourcentages rapportant les cas de sida à l'ensemble de la population étrangère pouvait donner l'impression que les étrangers du Maghreb – groupe migratoire important – étaient les plus touchés. Ainsi, les étrangers du Maghreb concentraient-ils 23,5 % des cas de sida et ceux d'Afrique subsaharienne 30,1 % en 1995 (Lot 1996). Ces pourcentages sont très liés à la part respective de ces groupes migratoires dans la population française et sont peu pertinents pour attester une quelconque surreprésentation d'un groupe par rapport à un autre. Par ailleurs, l'épidémie n'étant pas généralisée<sup>17</sup> dans les pays du Maghreb, les immigrés en provenance de ces pays étaient peu susceptibles d'être considérés comme des vecteurs de l'épidémie en France et ce, d'autant plus qu'il s'agissait pour eux d'une épidémie liée à l'usage de drogue, ce qui éloignait le spectre de vecteur sexuel de l'épidémie. Enfin, ces personnes étaient perçues comme plus souvent contaminées en

---

<sup>16</sup> Cette marche a été surnommée « Marche des beurs » par les médias.

<sup>17</sup> On parle d'épidémie généralisée (ou endémie) dans les pays dans lesquels la prévalence du VIH est supérieure à 1 % parmi les femmes enceintes.

France, ce qui a pu favoriser la mise en place de recherches car cela concernait la situation en France.

Pour autant, les chiffres de la déclaration obligatoire de sida sont peu mobilisés, s'agissant des migrant·e·s du Maghreb. Certains acteurs refusent à l'épidémiologie un rôle majeur dans l'identification des groupes les plus concernés. Cette position peut être illustrée par les propos tenus par le docteur Cherabi (de l'association Arcat-Sida<sup>18</sup>) lors d'une rencontre du Crips qui s'est déroulée en 1996 :

*« On a constaté aussi chez les populations migrantes qu'il fallait prendre en compte l'aspect de la vulnérabilité plutôt que les chiffres. On s'est demandé si c'était la situation épidémiologique qui allait déterminer notre engagement dans l'action ou nos rencontres avec un certain nombre de malades. On a vite opté pour la seconde démarche puisqu'elle part d'un vécu qui nous permet d'argumenter les choses lorsqu'on s'adresse à des leaders d'opinion dans la communauté arabo-musulmane. » (CRIPS 1996)*

Les données de l'épidémiologie sont disqualifiées au profit de la prise en compte du vécu des malades<sup>19</sup>. Position que l'on retrouve également dans le rapport mené sur la prévention du VIH/sida en milieu arabo-musulman par l'association Arcat-Sida en 1994 (Cherabi et Fanget 1997). Pour les auteurs, la production des chiffres ne constitue pas un préalable obligatoire pour mener une politique de prévention ciblée. On note une certaine méfiance à l'égard de l'épidémiologie, ou plus exactement une oscillation entre l'idée que les chiffres ne sont pas nécessaires pour mener une politique de santé publique, mais qu'ils ne seraient pas inutiles. Ces hésitations, si elles traduisent toute l'ambivalence que suscitent les données statistiques, entre espérance démesurée et crainte exagérée, reflètent avant tout la difficulté à mobiliser des données de prévalence, s'agissant d'un groupe au final peu touché par le VIH/sida. Cette position doit être resituée dans un contexte plus large de montée en puissance de l'expertise profane et de défiance à l'égard des chercheurs au milieu des années 1990, avec une contestation de l'expertise par les associations qui se sont professionnalisées (Pinell 2002).

---

<sup>18</sup> Arcat-Sida a été créée en septembre 1985 par deux médecins avec comme objectifs de collecter des fonds pour équiper des laboratoires hospitaliers et financer des travaux de recherche clinique **Barbot Janine** 1999 'L'engagement dans l'arène médiatique. Les associations de lutte contre le sida', *Réseaux* 17(95): 155-196. . Cette association ne s'est véritablement développée qu'après la scission de AIDES en 1987.

<sup>19</sup> Cette posture n'est pourtant pas celle d'Arcat qui s'est positionnée dans le registre de l'expertise et dont la condition de référence n'est pas spécifiquement celle du malade. **Barbot Janine** 1999 'L'engagement dans l'arène médiatique. Les associations de lutte contre le sida', *Réseaux* 17(95): 155-196.



### 1.2.3. LES ENQUÊTES SUR LA SEXUALITÉ : ENTRE OCCULTATION ET SURDÉTERMINATION DE L'ORIGINE GÉOGRAPHIQUE

---

Cet état des lieux des recherches ne serait pas complet sans aborder les enquêtes sur la sexualité menées au début des années 1990 afin de décrire les comportements sexuels et d'orienter les politiques de prévention par rapport au sida. L'enquête *Analyse des Comportements Sexuels en France* (ACSF) qui concerne la population adulte métropolitaine se déroule en 1992 (Spira, Bajos, *et al.* 1993), tandis que l'enquête *Analyse des Comportements Sexuels des Jeunes* (ACSJ) est menée en 1994 auprès des 15-18 ans en France métropolitaine (Lagrange et Lhomond 1997).

Ces deux enquêtes attestent une certaine préoccupation pour les migrant·e·s et leurs descendants, étant donné que des questions ont été posées sur l'origine géographique des personnes : il s'agit de la nationalité d'*ego* en trois modalités (Français de naissance, Français par acquisition, étranger), de son pays de naissance ainsi que du pays de naissance de son père et de sa mère. Ces questions permettent de construire, certes de manière imparfaite, les catégories d'immigré et de descendant d'immigré. Le traitement de ces questions apparaît singulièrement différent dans les deux enquêtes. Dans l'enquête ACSF, l'analyse de ces questions n'a pas été publiée, probablement en raison du primat de l'origine sociale dans les analyses et les interprétations. Dans l'enquête ACSJ, une variable sur l'« origine ethnoculturelle » a été construite. Nous reproduisons ici l'argumentaire, présent en note de bas de page (p. 40), qui rend compte de la construction de cette variable (Lagrange et Lhomond 1997) :

*« Après bien des discussions, nous avons adopté ici dans un sens descriptif le terme « ethnoculturel » pour désigner l'origine des répondants. « Dans l'usage scientifique courant, le terme « ethnie » désigne un ensemble linguistique culturel et territorial d'une certaine taille [...]. » (Bonte et Izard 1991). La variable « origine ethnoculturelle » distingue quatre ensembles : 1) les jeunes dont les deux parents et eux-mêmes sont nés en France métropolitaine ; 2) ceux dont l'un des parents au moins ou eux-mêmes sont nés en Afrique noire ou aux Caraïbes – dont le peuplement a été constitué dans des proportions massives d'esclaves venus d'Afrique noire ; 3) les jeunes dont un au moins des parents ou eux-mêmes sont nés en Afrique du Nord (Algérie, Tunisie, Maroc) ; et enfin, 4) les jeunes dont un au moins des parents ou eux-mêmes sont nés dans une autre région du monde. Cette dernière catégorie hétérogène ne peut prétendre à aucune unité et constitue nécessairement une classe résiduelle ».*

La justification de considérer dans la même catégorie les personnes originaires d'Afrique noire et des Caraïbes est peu convaincante car elle consiste à établir un lien, relativement audacieux et largement discutable, entre l'histoire du peuplement de ces régions et les conditions d'entrée dans la sexualité. Le fait que les personnes d'Afrique noire et des Caraïbes soient regroupées dans la même catégorie exclut en outre tout commentaire sur les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne. Enfin, cette variable ne distingue pas les personnes nées en France de celles nées à l'étranger. Certes, l'enquête portait sur les 15-18 ans, les personnes ayant donc migré à 17 ans maximum. Néanmoins, selon que les personnes sont nées en France, ont migré pendant leur enfance ou à l'adolescence, le contexte de socialisation sexuelle et le contexte social du premier rapport sexuel ne seront pas les mêmes. Cela est d'autant plus problématique que l'enquête s'intéresse à l'ensemble du processus d'entrée dans la sexualité (baisers, caresses, pénétration). Ainsi, la construction de cette variable est marquée par une double confusion : dans le temps, par le mélange des générations face à la migration, et dans l'espace, par l'agglomération d'ensembles géographiques et culturels hétérogènes. La construction de cette variable et les analyses traduisent une perspective culturaliste, qu'il s'agisse du découpage des aires culturelles ou du renvoi des personnes nées en France à la supposée culture du pays de leurs parents.

Dans ces deux enquêtes, le traitement de l'origine géographique est singulièrement proche de ce que l'on avait relevé, s'agissant des enquêtes sur la transmission hétérosexuelle menées quelques années plus tôt : occultation dans le cas de l'enquête ACSF, surdétermination en lien avec une supposée origine culturelle s'agissant de l'enquête ACSJ. En l'absence de chercheurs pour s'emparer de ces questions, les enquêtes sur la sexualité ne vont pas constituer un point de départ permettant le développement de recherches sur les migrant·e·s et le sida. Cet évitement de la sexualité s'appuie, il est vrai, sur l'usage de l'origine géographique dans les statistiques du sida. En faisant apparaître les migrant·e·s uniquement dans les groupes de transmission, ces catégories ont contribué à construire les migrant·e·s comme un vecteur sexuel de l'épidémie et à enfermer les questions de sexualité dans la problématique de la transmission. Cette association entre l'origine géographique et la transmission sexuelle a abouti à « contaminer » les recherches sur la sexualité qui se retrouvent enfermées dans la problématique du risque que représentent certaines populations. À cela s'ajoute un fort prisme culturel, que l'on pense aux recherches-actions d'URACA ou aux analyses conduites à partir de l'ACSJ. Cette nouvelle

problématisation de la sexualité sous l'angle conjoint du risque et de la culture pèsera sur la possibilité de faire émerger des recherches sur la sexualité des migrant·e·s.

Le début des années 1990 se caractérise par une absence de recherches sur les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne et par une répartition des rôles entre les pouvoirs publics qui organisent les campagnes de prévention et les associations qui mènent les actions de terrain. Si les enquêtes sur la sexualité ont posé des questions sur l'origine géographique des personnes, attestant un intérêt pour ces enjeux, celles-ci ont été soit très peu exploitées, soit marquées par une approche culturaliste. S'observe alors un décalage temporel entre les données de surveillance publiées dès le début des années 1980 et des recherches qui démarrent près de dix ans plus tard. Décalage également sur les populations prises en compte, car bien que des données montrent que les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne sont surreprésentés, les recherches se concentrent préférentiellement sur les migrant·e·s du Maghreb alors que ce groupe n'a jamais été identifié dans les données de surveillance. Le dilemme concernant l'utilisation de données de prévalence repose sur la situation épidémiologique observée dans ces deux groupes, entre le trop de cas pour les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne et le trop peu de cas pour ceux du Maghreb, synonyme de menace pour les uns ou d'absence de problème pour les autres. Cela nous conduit à parler d'un non-usage stratégique des chiffres. Les positions vont évoluer dans les années qui suivent et la question des chiffres va devenir incontournable pour tous les migrant·e·s.

### 1.3. UN INTÉRÊT ACCRU POUR LES MIGRANT·E·S EN PROVENANCE DE ZONES D'ENDÉMIE (1996-2000)

---

Au milieu des années 1990, se produisent d'importantes évolutions du contexte épidémiologique, institutionnel et associatif. En 1996, sont diffusés les premiers traitements efficaces, ce qui va profondément modifier le profil de l'épidémie et les préoccupations scientifiques et politiques autour du VIH/sida. L'arrivée des trithérapies a entraîné un déplacement des priorités en termes de recherche, de la prévention sexuelle à celle de la prise en charge et de l'accès aux soins (Calvez 2004). Cela a également conduit à se préoccuper des migrations en provenance des régions de forte endémie dans un contexte de diminution de cas de sida en Europe (Mbaye 2009). C'est d'ailleurs en 1996 que paraît le premier article qui met en lien les objets « sida » et « migration », *Les immigrés et le sida : une question mal posée* (Fassin et Ricard 1996). Enfin, lors d'une rencontre du Crips, le RNSP et le Crips font le projet de publier les résultats issus de la Déclaration Obligatoire sida dans le BEH (CRIPS 1996), ce qui témoigne que la question des chiffres commence à émerger comme un enjeu central.

Les migrant·e·s sont dès lors progressivement intégrés dans la prévention institutionnelle : la catégorie de « migrants » devient une cible légitime de l'action publique en matière de prévention et d'accès aux soins (Musso 2008). Si ceux-ci ne font pas encore l'objet d'un plan national dédié, ils apparaissent dans les orientations stratégiques de 1997. En 1998, la DGS édite des plaquettes d'information sur le sida en langues étrangères, ce qui relève d'une mesure de santé publique mais révèle également une politique de reconnaissance (Musso 2008).

C'est dans ce contexte que de nouveaux acteurs associatifs émergent. Le groupe "Afrique-Avenir" s'engage dans une démarche de prévention, à travers notamment le projet ZAC (pour Zaïre-Angola-Congo)<sup>20</sup>. Quant à l'association Sid'Afrique, elle intervient dans les foyers de travailleurs où la majorité des hommes sont originaires d'Afrique de l'Ouest. Ces deux associations correspondent à des flux migratoires et

---

<sup>20</sup> Cet acronyme connaîtra plusieurs évolutions puisqu'il signifiera ensuite Zone d'Afrique centrale et enfin, Zone d'action communautaire. Les évolutions dans la signification ont procédé par élargissement de la zone géographique puis par disparition du référentiel géographique pour désigner plus spécifiquement un mode d'intervention.

des profils de l'épidémie très différents, Afrique centrale et australe pour l'une, Afrique de l'Ouest pour l'autre. Le développement de ces projets témoigne qu'un tissu associatif autour de courants migratoires en provenance d'Afrique subsaharienne se construit alors. Mais c'est surtout l'association *Migrants contre le sida*<sup>21</sup> qui s'affirme au cours de cette période comme un acteur essentiel en jouant un rôle central dans la politisation des chiffres du sida : c'est au moment où les migrant·e·s sont progressivement intégrés dans les politiques de prévention que les controverses autour des chiffres du sida vont prendre de l'ampleur.

### **1.3.1. DE LA POLITISATION À LA PUBLICATION DES CHIFFRES DU SIDA**

---

Les années 1998-1999 sont celles de la politisation et de la publication des chiffres du sida parmi les migrant·e·s. L'épidémiologie va se retrouver au cœur des débats avec la mise à l'agenda de la question des statistiques du sida par le collectif *Migrants contre le sida*. À cette époque, force est de constater que la présentation des données publiées dans le BEH n'a pas beaucoup évolué depuis le début des années 1990 (Tableau 1-9) (BEH 1998).

---

<sup>21</sup> Cette association réalise depuis 1995 l'émission *Survivre au sida* qui s'adresse « *aux séropositifs issus de l'immigration et de la banlieue* ». Par cette expression, le collectif traduit le lien qui existe entre la migration, le milieu social et la ségrégation spatiale, même si ces trois éléments ne sont pas superposables. Aucune référence n'est faite à une origine géographique précise, même si l'association s'adresse plus particulièrement aux immigrations du Maghreb et d'Afrique subsaharienne.

**Tableau 1-9 - Situation du sida en France au 31 décembre 1997**

**Tableau 5. - Répartition des cas de Sida par groupe de transmission, année de diagnostic et sexe**  
(France, 31 décembre 1997)

Groupe de transmission	Année de diagnostic									
	< 1989	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996*	1997*
1. Homosexuel/bisexuel (masculin) . . . . . %	4 201 (55,9)	1 862 (49,0)	2 116 (49,1)	2 192 (47,1)	2 341 (45,3)	2 243 (40,8)	2 348 (41,1)	2 033 (39,0)	1 419 (34,7)	580 (34,7)
2. Usager de drogue injectable . . . . . %	1 187 (15,8)	905 (23,8)	1 079 (25,0)	1 218 (26,2)	1 341 (25,9)	1 488 (27,1)	1 369 (24,0)	1 300 (25,0)	934 (24,1)	316 (18,9)
3. (1) et (2) . . . . . %	170 (2,3)	75 (2,0)	53 (1,2)	59 (1,3)	56 (1,1)	41 (0,7)	48 (0,8)	47 (0,9)	29 (0,7)	5 (0,4)
4. Hémophile et trouble de la coagulation (a) . . . . . %	113 (1,5)	73 (1,9)	41 (1,0)	64 (1,4)	62 (1,2)	63 (1,1)	72 (1,3)	50 (1,0)	29 (0,7)	5 (0,3)
5. Contamination hétérosexuelle . . . . . %	978 (13,0)	492 (12,9)	614 (14,2)	690 (14,8)	888 (17,2)	1 062 (19,3)	1 299 (22,7)	1 275 (24,5)	1 088 (28,1)	579 (34,6)
6. Transfusé (b) . . . . . %	542 (7,2)	225 (5,9)	189 (4,4)	167 (3,6)	183 (3,5)	167 (3,0)	130 (2,3)	99 (1,9)	57 (1,5)	19 (1,1)
7. Transmission materno-fœtale . . . . . %	185 (2,2)	56 (1,5)	60 (1,4)	54 (1,2)	44 (0,9)	52 (0,9)	53 (0,9)	46 (0,9)	26 (0,7)	6 (0,4)
8. Autre, inconnu (c) . . . . . %	155 (2,1)	115 (3,0)	161 (3,7)	206 (4,4)	255 (4,9)	382 (6,9)	392 (6,9)	358 (6,9)	290 (7,5)	160 (9,6)
<b>Total</b> . . . . . %	<b>7 511 (100,0)</b>	<b>3 803 (100,0)</b>	<b>4 313 (100,0)</b>	<b>4 650 (100,0)</b>	<b>5 170 (100,0)</b>	<b>5 498 (100,0)</b>	<b>5 711 (100,0)</b>	<b>5 208 (100,0)</b>	<b>3 872 (100,0)</b>	<b>1 671 (100,0)</b>



Groupe de transmission	
1. Homosexuel/bisexuel (masculin) . . . . . %	
2. Usager de drogue injectable . . . . . %	
3. (1) et (2) . . . . . %	
4. Hémophile et trouble de la coagulation (a) . . . . . %	
5. Contamination hétérosexuelle . . . . . %	
6. Transfusé (b) . . . . . %	
7. Transmission materno-fœtale . . . . . %	
8. Autre, inconnu (c) . . . . . %	
<b>Total</b> . . . . . %	

**Tableau 6. - Répartition des cas de Sida liés à une contamination hétérosexuelle selon soit le risque du partenaire, soit l'origine géographique du patient, par année de diagnostic**  
(France, 31 décembre 1997)

Type de partenaire ou origine géographique du patient	Année de diagnostic									
	< 1989	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996*	1997*
Partenaire bisexuel masculin . . . . . %	26 (2,7)	19 (3,9)	21 (3,4)	20 (2,9)	17 (1,9)	16 (1,5)	22 (1,7)	27 (2,1)	15 (1,4)	2 (0,3)
Partenaire usager de drogues . . . . . %	63 (6,4)	65 (13,2)	86 (14,0)	110 (16,9)	144 (16,2)	184 (17,3)	188 (14,5)	157 (12,3)	106 (9,7)	49 (6,3)
Partenaire hémophile ou transfusé . . . . . %	22 (2,2)	16 (3,0)	15 (2,4)	14 (2,0)	24 (2,7)	25 (2,4)	28 (2,2)	28 (2,2)	22 (2,0)	3 (0,5)
Partenaire hétérosexuel . . . . . %	13 (1,3)	11 (2,2)	16 (2,6)	13 (1,9)	21 (2,4)	15 (1,4)	16 (1,2)	18 (1,4)	28 (2,6)	36 (6,2)
Patient ou partenaire originaire des Caraïbes . . . . . %	314 (32,1)	152 (30,9)	145 (23,8)	141 (20,4)	170 (19,1)	157 (14,8)	228 (17,6)	214 (16,8)	167 (15,2)	98 (16,0)
Patient ou partenaire originaire d'Afrique . . . . . %	385 (39,4)	145 (29,5)	198 (32,2)	242 (35,1)	266 (30,3)	336 (31,5)	396 (30,5)	324 (25,4)	291 (26,7)	167 (28,0)
Partenaire séropositif (sans autre précision) . . . . . %	23 (2,4)	24 (4,9)	25 (4,1)	38 (5,5)	65 (7,3)	103 (9,7)	125 (9,6)	137 (10,7)	96 (8,8)	38 (6,0)
Partenaires multiples ou partenaires prostituées . . . . . %	70 (7,2)	49 (10,0)	79 (12,9)	72 (10,4)	97 (10,9)	103 (9,7)	94 (7,2)	91 (7,1)	55 (5,1)	21 (3,6)
Pas d'information sur le partenaire . . . . . %	62 (6,3)	12 (2,4)	29 (4,7)	40 (5,8)	84 (9,5)	123 (11,6)	202 (15,6)	279 (21,9)	300 (24,3)	160 (26,7)
<b>Total</b> . . . . . %	<b>978 (100,0)</b>	<b>492 (100,0)</b>	<b>614 (100,0)</b>	<b>650 (100,0)</b>	<b>888 (100,0)</b>	<b>1 062 (100,0)</b>	<b>1 299 (100,0)</b>	<b>1 275 (100,0)</b>	<b>1 088 (100,0)</b>	<b>579 (100,0)</b>



Type de partenaire ou origine géographique du patient	
Partenaire bisexuel masculin . . . . . %	
Partenaire usager de drogues . . . . . %	
Partenaire hémophile ou transfusé . . . . . %	
Partenaire hétérosexuel . . . . . %	
Patient ou partenaire originaire des Caraïbes . . . . . %	
Patient ou partenaire originaire d'Afrique . . . . . %	
Partenaire séropositif (sans autre précision) . . . . . %	
Partenaires multiples ou partenaires prostituées . . . . . %	
Pas d'information sur le partenaire . . . . . %	
<b>Total</b> . . . . . %	

Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire (9), 1998

Le collectif *Migrants contre le sida* s'inscrit dans la deuxième génération d'association de lutte contre le sida et se situe dans la lignée d'Act Up, proposant une analyse sociopolitique de la condition des séropositifs qui s'appuie sur une identité victimaire (Barbot 1999). Les données s'affirment alors comme un élément incontournable de reconnaissance et de légitimation au regard d'une épidémie largement perçue comme gay. Ainsi, dans un numéro de la collection *Sciences Sociales et Sida* de l'ANRS consacré à la situation en Europe, un article porte sur l'épidémiologie du sida (sans mentionner les migrant·e·s), tandis qu'un autre article traite des migrant·e·s et des questions de catégories (sans présenter de données sur l'épidémie dans ces populations) (ANRS 1998).

En juin 1998, lors du 12<sup>e</sup> congrès mondial du sida à Genève, le collectif *Migrants contre le sida* présente les chiffres issus de la déclaration obligatoire de sida pour la période 1996-1997. En faisant parvenir une dépêche à l'Agence France Presse (AFP) intitulée « *Le sida régresse deux fois moins vite chez les immigrants* »<sup>22</sup>, ce collectif va introduire la question des chiffres au cœur des préoccupations liant sida et migration. La fonction politique des chiffres – « être compté pour compter » – est ici clairement mise en avant. Cela constitue une rupture avec la position énoncée dans le rapport d'Arcat publié en 1997, rupture qui recouvre également des clivages historiques dans la lutte contre le sida et traduit différentes logiques associatives (Barbot 1999).

L'InVS démarre alors une étude sur l'épidémie de sida parmi les étrangers en France. Ces résultats seront présentés en décembre 1998 lors d'une rencontre du Crips intitulée « *Sida et migrants : une épidémie cachée ?* » (CRIPS 1999). Par ce titre, le Crips reprend en l'atténuant l'accusation formulée par *Migrants contre le sida* contre l'InVS (ex-RNSP). À cette occasion, le collectif interpelle le CRIPS et l'InVS concernant le projet, remontant à 1996, de publier les statistiques du sida parmi les étrangers dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. Il annonce également qu'un communiqué de presse sera fait dès le lendemain pour diffuser ces chiffres. En avril 1999, *Migrants contre le sida* occupe l'InVS afin que les chiffres sur l'épidémie de sida parmi les étrangers soient publiés. Ils le seront finalement peu de temps après dans un rapport intitulé *Situation du sida dans la population*

---

<sup>22</sup> La dépêche AFP est disponible sur le site de l'association à l'adresse suivante: <http://survivreausida.net/a3477-afp-le-sida-regresse-deux-fois-moins-vite-p.html>.

*étrangère domiciliée en France* (Savignoni, *et al.* 1999)<sup>23</sup>. Ce rapport de l'InVS a été le premier à présenter une analyse détaillée des cas de sida parmi les étrangers sur la période 1978-1998 à partir de la déclaration obligatoire. Comme le rappellent les auteures, cette source de données présente deux écueils principaux : 1) l'information disponible concerne la nationalité actuelle de la personne, ce qui ne permet pas d'extrapoler à l'ensemble des personnes immigrées ; 2) ces données ne sont que le reflet différé des contaminations par le VIH et traduisent avant tout l'absence de dépistage et de prise en charge (Savignoni, *et al.* 1999).

Cette étude témoigne de la part des personnes étrangères parmi les personnes contaminées. Celle-ci était stable jusqu'en 1996 (14 %) puis a augmenté jusqu'en 1998 pour représenter alors 20 % des cas de sida. L'augmentation sur la période est principalement liée à la progression de la part des personnes d'une nationalité d'Afrique subsaharienne, en raison notamment d'un accroissement des migrations en provenance de cette région du monde. L'étude montre que les taux d'incidence cumulée sont *maxima* pour les personnes de nationalité haïtienne ou d'un pays d'Afrique subsaharienne, mettant en exergue les différences d'incidence selon les nationalités. Enfin, les modes de contamination sont ceux retrouvés dans les pays correspondant à la nationalité, sauf pour les personnes d'une nationalité du Maghreb pour lesquelles l'usage de drogue est le mode principal de contamination. Pour les auteures, deux situations peuvent finalement être distinguées : celle où le sida constitue une pathologie d'importation, principalement pour les étrangers d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, et celle où la contamination a lieu en France, principalement pour les étrangers du Maghreb.

Le rapport souligne comment la condition d'étranger – sous l'angle juridique et économique – permet de rendre compte des différences de prévalence en fonction de la nationalité. Les restrictions à l'ouverture de certains droits sociaux, les obstacles administratifs et financiers et les conditions socioéconomiques défavorables entraînent un moindre accès aux soins pour les étrangers. Pour les auteures, les explications culturelles sont disqualifiées sauf en ce qui concerne les étrangers du Maghreb pour lesquels l'usage de drogue pourrait « *être le fait d'une opposition entre*

---

<sup>23</sup> Entre novembre 1998 et avril 2000, a lieu une grève administrative des inspecteurs de santé publique qui ne transmettent plus aux pouvoirs publics les données de surveillance sanitaire à visée statistique InVS 2000 'Surveillance du Sida en France : Situation après deux ans d'interruption', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(38).



la culture parentale transmise et la perte des valeurs traditionnelles liée à l'immigration ». L'usage du conditionnel nuance néanmoins fortement cette hypothèse. Si les modes de contamination dans ce groupe ne sont pas ceux observés au Maghreb, cela est probablement lié au fait que ces étrangers ont migré pendant leur enfance, voire même pour certains sont nés en France. Des informations plus précises sur la trajectoire migratoire, et notamment sur l'âge à la migration, auraient permis de confirmer cette hypothèse.

### 1.3.2. LE RAPPORT DE L'INVS DE 1999 : DES INTERPRÉTATIONS CONCURRENTES

---

Les conclusions de ce rapport ont été vivement critiquées par *Migrants contre le sida* dans un communiqué paru en juin 1999 intitulé *Rapport de l'InVS : Analyse et limites de l'épidémiologie officielle*. Dans ce communiqué, le collectif « disqualifie l'Institut de veille sanitaire de se prononcer, comme elle le fait dans ce rapport, sur les causes de la vulnérabilité des immigrés » et [...] « dénonce la dérive culturaliste qui réduit les cultures en mouvement des immigrés à une conception figée d'une culture arriérée ou « traditionnelle » (en opposition à une culture française de facto jugée moderne, éclairée, etc.) »<sup>24</sup>.

À l'inverse, pour Didier Fassin<sup>25</sup>, ce rapport a permis de déplacer la question du risque que représentent les migrant·e·s aux inégalités vécues par ces populations (Fassin 2001). Pour le chercheur, le lien entre immigration et sida n'est devenu pensable qu'à partir du moment où « les étrangers ne sont plus vus comme vecteurs potentiels, mais comme victimes effectives » (Fassin 2001). Ces différences d'interprétations sont assurément liées aux positions respectives de ces protagonistes et à leurs objectifs. *Migrants contre le sida* conteste le discours de l'InVS qu'il cherche à disqualifier sur le sujet. De ce fait, leur texte propose une lecture politique du rapport car la question des inégalités (conditions de vie, politiques migratoires...) est largement abordée dans le rapport, tandis que la question culturelle n'est

---

<sup>24</sup> Le texte de ce communiqué est disponible sur le site de l'association : <http://survivreausida.net/a2708-rapport-de-l-ivs-analyse-et-limites-de-l-e.html>.

<sup>25</sup> Médecin, anthropologue, qui participe à l'époque au comité scientifique n°5 (CSS5) « Recherches en santé publique, sciences de l'homme et de la société » de l'ANRS.

mentionnée que dans le cas des Maghrébins et uniquement sous forme d'hypothèse, certes maladroite. L'interprétation de Didier Fassin, quant à elle, vise à réinscrire les conclusions de ce rapport dans un contexte scientifique plus large qui a vu la problématique des discriminations et des inégalités dont les immigrés et leurs descendants font l'expérience supplanter celle de leur nécessaire intégration (Fassin 2002a).

Selon nous, l'explication culturelle qui concerne les étrangers du Maghreb dans le rapport de 1999 traduit à la fois la faible prise en compte de la trajectoire migratoire et la difficulté à penser l'expérience de ces personnes sous l'angle des discriminations. Si les auteurs du rapport peuvent envisager l'expérience des étrangers arrivés adultes sous le prisme des discriminations en lien notamment avec leur statut juridique, cela devient beaucoup moins lisible pour des personnes nées en France ou arrivées pendant leur enfance. En cela, le rapport ne fait pas exception aux recherches qui se développent dans le champ des migrations. La problématique des discriminations pour les descendants d'immigrés émerge en effet à la fin des années 1990 avec la reconnaissance par le HCI en 1998 de l'existence de discriminations raciales affectant les immigrés et leurs descendants (Encadré 1).

### **1.3.3. LA MOBILISATION DE LA CONDITION SOCIALE ET POLITIQUE D'IMMIGRÉ**

---

Une fois que les données de prévalence sont disponibles et diffusées, il est difficile de ne pas voir les différences de situations entre les groupes migratoires. La mobilisation politique autour des chiffres va alors s'appuyer sur la réaffirmation d'une expérience commune liée à la condition sociale d'immigré qui permet de transcender les différences épidémiologiques observées entre les groupes de migrant·e·s, et qui conduit par conséquent à les masquer.

L'idée centrale de cet argumentaire, que l'on retrouve à la fois parmi les associations et les chercheurs, est qu'il ne faut pas considérer à part les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne. La situation des immigrés du Maghreb et d'Afrique subsaharienne est ainsi mise sur le même plan par *Migrants contre le sida*. Cet « essentialisme stratégique » – pour reprendre le concept proposé par Gayatri Spivak

(Spivak 1988) – profite à la fois aux migrant·e·s d’Afrique subsaharienne et aux migrant·e·s du Maghreb. Ne pas se focaliser sur les migrant·e·s d’Afrique subsaharienne permet dans le même temps de refuser les explications en termes de pathologie d’importation qui ne concernent pas les migrant·e·s du Maghreb, et de faire ressortir la situation négative des immigrés du Maghreb, au-delà des taux de prévalence. Considérer dans un même mouvement ces deux groupes conduit à mettre l’accent sur ce qui les rapproche afin de construire une riposte politique fondée sur la condition commune d’immigré, c’est-à-dire l’expérience des discriminations, des inégalités et des conditions de vie, rappelant l’approche structurelle promue par Act Up pour dénoncer l’épidémie chez les homosexuels (Barbot 1999). Dans un registre finalement assez semblable, Didier Fassin appelle à étudier la situation de tous les immigrés et à ne pas se focaliser sur les migrant·e·s d’Afrique subsaharienne. Les traits communs dans les expériences des migrant·e·s justifient la prise en compte de la qualité d’immigré en tant que telle, tandis que la distinction des étrangers d’Afrique subsaharienne dans le mode de contamination hétérosexuelle est jugée artificielle (Fassin et Ricard 1996; Fassin 1999).

Malgré leurs divergences concernant l’interprétation du rapport de l’InVS de 1999, les protagonistes (chercheurs et associations) se retrouvent ainsi sur cet aspect : le refus d’explication en termes de spécificités culturelles au profit d’analyse en termes d’inégalités structurelles pour analyser la situation de l’épidémie parmi les migrant·e·s. La mobilisation de la condition sociale d’immigré a abouti à masquer les différences épidémiologiques entre les groupes de migrant·e·s, et en particulier la situation des migrant·e·s d’Afrique subsaharienne. Elle a également contribué à évacuer les questions de sexualité – attachées à la notion de transmission sexuelle – au profit de travaux sur l’accès aux soins. De ce fait, les migrant·e·s ne sont plus considérés comme des vecteurs de la maladie mais comme des populations en subissant les conséquences.

Le changement de statut des migrant·e·s par rapport au sida a, de fait, procédé par la mise à l’écart de la sexualité. Si cette réorientation thématique n’est pas spécifique aux migrant·e·s et se comprend dans le contexte de l’arrivée de traitements efficaces en 1996, il existe néanmoins un lien entre la focalisation sur les questions d’accès aux soins et le refus de particulariser un groupe de migrant·e·s. Cet argumentaire contribue à circonscrire à la fois les populations et les thématiques qui doivent être

prioritairement l'objet de recherche. Appeler à ne pas singulariser les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne a pour conséquence, dans un contexte où peu de recherches sont réalisées, à ne pas inciter à les développer.

Si les dérives culturalistes soulignées par des associations comme par des chercheurs sont bien réelles, l'évitement des questions de sexualité semble néanmoins problématique. L'opposition entre les spécificités culturelles dont relèverait la sexualité et les inégalités structurelles dont la sexualité serait exclue conduit à dépolitiser les questions de sexualité, réduite à des comportements individuels à risque. Cette tension est récurrente dans les recherches sur les migrant·e·s et contribue en partie à expliquer le peu de recherches sur la question.

La période qui s'étend de l'arrivée des trithérapies en 1996 au début des années 2000 est marquée à la fois par la politisation des chiffres par de nouveaux acteurs associatifs, et par l'intégration des migrant·e·s dans les dispositifs de droit commun des politiques publiques. La publication du rapport de l'InVS en 1999 et les controverses qui l'ont entourée ont constitué un tournant dans la prise en compte des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne dans les politiques du sida. Ces controverses se sont situées en amont de la publication des chiffres – avec l'interpellation de l'InVS sur la nécessité de publier –, et en aval – avec la disqualification de l'InVS concernant leur interprétation. L'action du collectif *Migrants contre le sida* s'inscrit dans une démarche de dénonciation et d'instrumentalisation des médias comme mode de résolution des dérives médiatiques (Barbot 1999), et rappelle à quel point l'épidémie de sida parmi les étrangers/migrants est une question de chiffres, de ceux qui ne sont pas ou mal publiés et surtout de ceux qui sont mal interprétés (Musso 2009). La politisation des chiffres du sida s'est accompagnée de la mise en avant de la condition d'immigré, ce qui a contribué à occulter la situation spécifique des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne et à évacuer les enjeux de sexualité. La mobilisation politique s'est ainsi ajoutée à l'association préjudicielle entre sexualité, risque et culture pour entraîner un évitement de ces questions, évitement qui révèle la difficulté à procéder une autre conceptualisation de la sexualité.

#### **1.4. LES MIGRANT·E·S D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE : VISIBLES DANS LES STATISTIQUES ET ABSENTS DANS LES SCIENCES SOCIALES (2000-2004)**

---

Le rapport de l'InVS de 1999 a montré que les étrangers d'Afrique subsaharienne étaient très touchés par l'épidémie de VIH/sida. Ils deviennent dès lors un groupe prioritaire et visible, à la fois ciblé dans les programmes de prévention et identifié dans les données de surveillance. Cette évolution se traduit notamment dans les termes utilisés : migrants tend alors à désigner quasi exclusivement les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne.

Les migrant·e·s sont dès lors constitués en groupe cible des politiques de prévention et des campagnes spécifiques sont mises en place au début des années 2000. Dès 2001, le plan national de lutte contre le VIH/sida (2001-2004) se donne comme objectif de rendre visible les « migrants » dans la communication grand public<sup>26</sup> (2001). Ce plan constitue une rupture en ce qu'il est le premier plan à être fondé sur l'épidémiologie. Les populations d'Afrique subsaharienne sont alors retenues comme un groupe prioritaire. En décembre 2002, la cible "migrants" apparaît pour la première fois dans les campagnes nationales dans des spots télévisés. La nouveauté ne réside pas tant dans la mise en place de campagnes ciblées que dans le canal utilisé, celui des médias nationaux (Aïna Stanojevich et Cytrynowicz 2004).

En outre, on observe une banalisation et une routinisation de la publication des données en fonction de l'origine géographique. Les évolutions du système de surveillance, avec la mise en place de la Déclaration Obligatoire VIH (DO VIH) en 2003, permettent de mieux caractériser l'épidémie parmi les étrangers, tandis que les enquêtes de santé publique intègrent la « problématique migrants ». Cette situation contraste avec ce qui est observé du côté de la recherche en sciences sociales. Malgré la mise en place d'un programme spécifique et les données produites par le système de surveillance, peu de recherches en sciences sociales sur les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne émergent au cours de cette période.

---

<sup>26</sup> Afin d'améliorer l'accès à la prévention des populations étrangères vivant en France, le plan propose notamment de « **Rendre partout visible dans la communication grand public sur le VIH, la diversité culturelle, afin que les campagnes d'information atteignent les migrants** », p.17

### 1.4.1. LA CONSTRUCTION D'UNE « ÉVIDENCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE »


La période se caractérise par une modification du profil de l'épidémie, marquée par une augmentation des contaminations hétérosexuelles, ce qui a pour corollaire une féminisation de l'épidémie (Cazein, Pinget, *et al.* 2000). Les données publiées dans le BEH à partir de 2000 attestent l'augmentation de la part des personnes d'une nationalité d'Afrique subsaharienne (Cazein, *et al.* 2000; InVS 2001b; InVS 2001a). Les étrangers d'Afrique subsaharienne sont dès lors identifiés et nommés comme un groupe particulièrement touché, au même titre que les homosexuels masculins, dans les publications issues de la Déclaration Obligatoire de sida.

**Tableau 1-10 – Situation du sida en France au 30 septembre 2001**

Tableau 6 - Répartition des cas de Sida domiciliés en France, par année de diagnostic et par nationalités regroupées en grandes zones géographiques jusqu'au 30 juin 2001 (France, données du 30 septembre 2001)

Pays de nationalité	Année de diagnostic du Sida										Total
	1984	1984	1985	1986	1987	1988	1989*	1999*	2000*	2001* 1 semestre	
<b>Afrique du Nord</b>	857	202	183	123	78	49	29	16	8	5	1 749
Hommes	3 1%	3,5 %	3,9 %	3,1 %	3,5 %	4,0 %	3,6 %	3,4 %	3,4 %	2,7 %	3 3%
Femmes	440	169	144	90	59	34	21	12	7	4	1 020
<b>Afrique sub-saharienne</b>	1 118	212	204	233	137	8	15	177	233	157	2 865
Hommes	889	203	177	211	119	12	12	132	178	101	1 758
Femmes	229	111	127	122	18	0	0	45	55	56	1 107
<b>Amérique</b>	374	117	125	55	25	25	25	21	21	21	1 074
Hommes	327	114	120	52	25	25	25	21	21	21	1 063
Femmes	47	3	5	3	0	0	0	0	0	0	11
<b>Europe hors France</b>	555	118	113	113	51	27	27	27	27	27	1 222
Hommes	379	89	101	89	37	27	27	27	27	27	1 092
Femmes	176	29	12	24	14	0	0	0	0	0	130
<b>France</b>	38 352	4 300	4 300	3 300	1 775	1 275	1 275	1 275	1 275	1 275	50 000
Hommes	36,3 %	38,4 %	38,3 %	34,9 %	39,3 %	40,3 %	40,3 %	40,3 %	40,3 %	40,3 %	44,6 %
Femmes	3 227	392	392	2 920	1 025	550	550	550	550	550	15 000
<b>Autre, inconnu</b>	221	49	51	25	14	14	14	14	14	14	450
Hommes	179	39	41	21	12	12	12	12	12	12	379
Femmes	42	10	10	4	2	2	2	2	2	2	71
<b>Total</b>	40 428	4 768	4 768	3 653	2 127	1 827	1 827	1 827	1 827	1 827	60 450
Hommes	38 633	4 361	4 361	3 320	1 763	1 263	1 263	1 263	1 263	1 263	49 292
Femmes	1 795	407	407	333	364	564	564	564	564	564	11 158

\*Données provisoires non retravaillées



Pays de nationalité	
Afrique du Nord	
Hommes	Femmes
Afrique sub-saharienne	
Hommes	Femmes
Amérique	
Hommes	Femmes
Europe hors France	
Hommes	Femmes
France	
Hommes	Femmes
Autre, inconnu	
Hommes	Femmes
Total	
Hommes	Femmes

Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire (47), 2001

La mise en place de la Déclaration Obligatoire de séropositivité en 2003 va permettre de fournir des données plus précises sur l'évolution de l'épidémie car, avec l'arrivée des trithérapies, les cas de sida reflètent avant tout l'absence de dépistage et de prise en charge. À partir de 2003, le système de surveillance du VIH/sida repose sur la notification obligatoire des cas de sida et des diagnostics d'infection à VIH, sur la mesure de l'activité de dépistage et sur les données virologiques (Desenclos 2004). Les données virologiques (sérotypes et pourcentages d'infections récentes) permettent d'évaluer la part des contaminations qui ont eu lieu après la migration en France, même si cela reste approximatif en l'absence d'information sur l'âge à la migration en France. Ces modifications, si elles n'avaient uniquement pour objectif que de mieux appréhender l'épidémie parmi les migrant·e·s, attestent néanmoins une préoccupation croissante pour ce groupe de la population. Elles permettent également d'attester une intrication de la transmission entre différents groupes de la population (circulation des sérotypes). En outre, la question sur le pays de naissance des personnes est introduite dans la Déclaration Obligatoire de VIH.

## ENCADRÉ 2 – LE SYSTÈME DE SURVEILLANCE DU VIH/SIDA EN 2003

### **La notification obligatoire des cas de sida (1986)**

Cette surveillance permet de caractériser les personnes au stade le plus avancé de l'infection par le VIH, qui sont en échec thérapeutique ou qui n'ont pas eu accès à un dépistage du VIH ou à un traitement antirétroviral.

### **La surveillance de l'activité de dépistage du VIH (LaboVIH) (2001)**

Cette surveillance concerne depuis 2001 l'ensemble des laboratoires d'analyse de biologie médicale de ville et hospitaliers. Les résultats de cette surveillance permettent de suivre l'évolution du nombre de tests VIH réalisés en France, d'aider à interpréter les données issues de la notification obligatoire du VIH et d'en estimer l'exhaustivité.

### **La notification obligatoire des diagnostics d'infection à VIH (2003)**

Mise en place en 2003, elle a pour objectifs de connaître le nombre et les caractéristiques des personnes découvrant leur séropositivité à VIH, d'en suivre l'évolution, et de fournir des données permettant d'estimer le nombre de nouvelles contaminations, c'est-à-dire l'incidence du VIH.

### **La surveillance virologique (2003)**

Le test d'infection récente permet d'estimer la part des contaminations récentes ( $\leq 6$  mois en moyenne) parmi les découvertes de séropositivité. Le sérotypage permet de suivre l'évolution des sous-types du virus circulant actuellement en France, parmi les découvertes de séropositivité à VIH chez les adultes.

**Source :** Desenclos Jean-Claude 2004 'La notification obligatoire du VIH. Une priorité de santé publique. Un engagement de tous', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(24-25).

En 2003 toujours, à la catégorie d' « origine » a été substituée celle de personnes « *vivant ou ayant vécu dans une communauté* » dans la publication issue de la Déclaration Obligatoire (Desenclos 2004). Cette appellation sera néanmoins supprimée dans les années suivantes en raison de son caractère flou. En revanche, le souhait du comité de pilotage chargé de travailler sur la constitution de la DO VIH (composé de membres de l'InVS, d'épidémiologistes, et d'associations de lutte contre le sida) de demander la nationalité de naissance, en plus de la nationalité actuelle et du pays de naissance, n'a pas été accepté par la CNIL, et aucune question n'est posée sur la date d'entrée en France (Musso 2009).

À partir du moment où les données sont construites et présentées de manière à identifier les étrangers puis les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne, leur surreprésentation ressort de manière nette. Tous ces éléments aboutissent à la



construction d'une « évidence épidémiologique » qui consacre les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne comme un groupe très touché. Alors que les données concernant les nouveaux diagnostics de VIH/sida mettent en évidence leur poids grandissant, des enquêtes permettent de caractériser le profil de ces migrant·e·s, qu'il s'agisse de leur accès aux soins ou de leurs conditions de vie.

#### **1.4.2. L'INTÉGRATION DE LA CATÉGORIE « MIGRANTS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE » DANS LES ENQUÊTES DE SANTÉ PUBLIQUE**

---

Le début des années 2000 est ainsi marqué par une certaine normalisation de la « problématique migrants » dans les enquêtes sur le sida, à la fois par des enquêtes spécifiques et par l'inclusion de la catégorie « immigrée » dans des enquêtes générales sur le sida (Encadré 3). La population migrante d'Afrique subsaharienne est le seul groupe de migrants à être identifié comme tel, tandis que les migrant·e·s du Maghreb ne sont mentionnés que pour rappeler qu'ils sont sous-représentés parmi les personnes séropositives (Lert et Obadia 2004b). Nous souhaitons revenir rapidement sur ces enquêtes afin d'en dégager les principaux enseignements et d'en cerner les points aveugles.

Même si ces enquêtes, à l'exception de l'enquête sur les parcours sociomédicaux des personnes originaires d'Afrique subsaharienne (Valin, *et al.* 2004), ne portent pas spécifiquement sur ces migrant·e·s, elles ont toutes distingué cette catégorie de migrant·e·s en raison de leur part importante et croissante parmi les personnes séropositives. De ces quatre enquêtes, la seule qui porte spécifiquement sur les personnes migrantes d'Afrique subsaharienne est paradoxalement celle dans laquelle l'origine géographique n'a pas été définie (Valin, *et al.* 2004). L'absence de définition de l'expression « originaire d'Afrique » dans le protocole de collecte a entraîné l'inclusion de personnes nées en France, ce qui interroge sur la manière dont a été effectué le recrutement et sur les critères mis en œuvre. Dans les trois autres enquêtes, les questions posées sur le pays de naissance, la nationalité à la naissance et la nationalité actuelle permettent de construire la catégorie « immigrée ».

### **ENCADRÉ 3 – LES MIGRANT·E·S D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE DANS LES ENQUÊTES SUR LE VIH/SIDA EN FRANCE (2002-2004)**

#### **Enquête sur le parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, 2002**

Devant l'augmentation du nombre de cas de sida chez des personnes ayant pour nationalité celle d'un pays d'Afrique subsaharienne, une étude a été réalisée auprès de 250 patients originaires d'Afrique subsaharienne atteints par le VIH dans plusieurs hôpitaux d'Île-de-France au cours du premier semestre 2002 (Valin, *et al.* 2004). Elle avait pour objectifs de décrire les caractéristiques sociodémographiques de ces personnes, leurs conditions de vie, les modalités de découverte de leur infection à VIH, ainsi que leurs parcours médicaux.

#### **Enquête VESPA, 2003**

Dans un contexte de chronicisation de la maladie, l'enquête VESPA avait pour objectif de décrire la vie des personnes séropositives en France métropolitaine, aux Antilles et en Guyane (Lert et Obadia 2004a). L'enquête a été réalisée dans les services hospitaliers en métropole entre décembre 2002 et octobre 2003 et a concerné 2932 patients. Pour chaque patient, étaient abordés l'histoire de la maladie, l'état de santé et l'accès aux soins, les conditions de vie, les relations avec l'entourage, la vie affective et sexuelle et les enfants. Les migrants d'Afrique subsaharienne représentaient 12 % de l'échantillon.

#### **Enquête Retard, 2004**

Cette enquête qui portait sur les personnes en accès tardif aux soins avait pour objectifs de rapporter les modalités d'accès aux soins, aux conditions sociales de vie et à l'entourage relationnel du patient (Calvez, *et al.* 2006a). Il s'agit d'une enquête par questionnaire réalisée entre novembre 2003 et août 2004 auprès de 267 personnes, dont 52 % sont nées dans un pays d'Afrique subsaharienne. Cette recherche a notamment permis de confirmer et de prolonger certains résultats de l'enquête Vespa.

#### **Enquête sur le profil des consultants de CDAG, 2004**

Cette enquête, réalisée en octobre 2004, a porté sur 5 398 consultants à un test de dépistage du VIH dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) (Le Vu et Semaille 2006). Elle visait à décrire la population recourant au dépistage anonyme du VIH et à mesurer les évolutions dans la fréquentation depuis l'enquête qui avait été conduite dans les CDAG en 2000. Le questionnaire explorait les caractéristiques sociodémographiques, le recours au dépistage, les comportements à risque vis-à-vis du VIH et la prévalence de dépistage VIH positif. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne représentaient 4,5 % des consultants.

On peut formuler l'hypothèse que, dans des enquêtes ne portant pas spécifiquement sur des immigrés, la méthodologie devait permettre de les identifier *a posteriori* dans la base de données à partir du questionnaire. À l'inverse, dans l'enquête sur les parcours sociomédicaux des personnes originaires d'Afrique subsaharienne (Valin, *et al.* 2004), les personnes étaient repérées *a priori* pour participer à l'étude. Cela peut contribuer à rendre compte de ce manque de rigueur et laisse à penser que les personnes ont été repérées en partie par leur couleur de peau. Ce mode de recrutement n'est pas sans rappeler les critères d'identification utilisés par les médecins pour remplir la Déclaration Obligatoire de sida ; en l'absence d'information sur le pays de naissance ou la nationalité, la couleur de peau a pu fonctionner comme « présomption d'origine » pour les médecins (Gilloire 2000). C'est la différence entre un critère de recrutement et la construction d'une variable devant permettre de repérer une population dans un questionnaire.

La catégorie « migrants d'Afrique subsaharienne » est-elle néanmoins pertinente ? Bien qu'elles identifient ces migrant·e·s comme une catégorie à part, ces enquêtes s'attachent à nuancer le caractère englobant de cette catégorie. Elles contribuent à déconstruire cette catégorie en mettant l'accent sur l'hétérogénéité de situations qu'elle recouvre – en termes de profils et de parcours –, tout en soulignant la précarité transversale qui caractérise ces populations. Les situations des migrant·e·s sont appréhendées par rapport à leur trajectoire migratoire et à leurs conditions de vie. La période à laquelle ces personnes ont migré s'avère en effet être un élément particulièrement différenciateur dans les trajectoires de vie : elle est associée à des conditions de vie, des modalités de découverte de la séropositivité et un parcours médical très différents (Valin, *et al.* 2004; Calvez, Semaille, *et al.* 2006b). Ces recherches attestent notamment une précarité plus importante pour les migrant·e·s arrivés récemment. Cette diversité ne doit pas masquer la précarité importante qui caractérise cette population, aussi bien dans la sphère professionnelle que concernant le logement, et qui est observée dans toutes les enquêtes.

L'intérêt des chercheurs pour l'isolement relationnel et le secret autour de la séropositivité permettent également d'interroger l'existence et surtout la cohérence de ce groupe de migrant·e·s. L'enquête *Retard* montre que les personnes d'Afrique subsaharienne en accès tardif s'inscrivent majoritairement dans des réseaux fermés et restreints qui limitent leurs capacités d'action et leurs possibilités de relations. Ils ne

sont pas synonymes de soutien pour les personnes concernées, et notamment pour les femmes. En présentant l'hôpital comme un cadre de référence fiable pour ces personnes, les auteurs interrogent la pertinence d'une approche par communauté : « *C'est ainsi la défiance qui nous conduit à questionner la pertinence d'approches qui, parce qu'elles concernent des populations originaires d'Afrique subsaharienne, devraient forcément être communautaires* ». Le même constat peut être tiré des analyses faites à partir de l'enquête *ANRS-Vespa* (Lert et Obadia 2004a). Dans cette enquête, les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne ont plus souvent maintenu totalement le secret sur leur séropositivité, ce qui atteste également une certaine défiance et confirme que la « communauté africaine » n'est pas forcément perçue comme protectrice par ses membres.

Ces enquêtes étant centrées sur les questions de dépistage et de traitements, les questions de sexualité et de prévention n'y ont pas un statut central. Alors qu'elles analysent les conditions de vie de ces personnes sous l'angle des inégalités, c'est la problématique des spécificités ou de leur absence qui ressort lorsque l'on s'intéresse à la sexualité, dénotant de la difficulté à penser la sexualité sous l'angle des inégalités sociales. En effet, les analyses montrent que les comportements sexuels et préventifs des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne sont relativement semblables de ceux des autres groupes (Lert et Obadia 2004a; Le Vu et Semaille 2006), comme si la question centrale était la plus ou moins grande adéquation sexuelle de ces populations avec la population majoritaire, et non la question des inégalités de sexe, de classe ou de race qui se jouent dans la sexualité.

Les analyses réalisées à partir de ces enquêtes ont ainsi permis d'interroger la catégorie « migrants d'Afrique subsaharienne » en montrant son hétérogénéité, et ont également conduit à nuancer la cohérence interne de ce groupe. En revanche, les analyses qui portent sur la sexualité sont peu développées car elles ne constituent pas un enjeu central dans des enquêtes majoritairement centrées sur les questions d'accès aux soins.

### 1.4.3. LES RECHERCHES EN SCIENCES SOCIALES : L'INVESTIGATION D'AUTRES GROUPES MIGRATOIRES

---

Cette prise en compte croissante des migrant·e·s dans les programmes et les campagnes de lutte contre le VIH/sida ainsi que dans les statistiques (données de surveillance et enquêtes) ne s'est pas accompagnée d'une augmentation significative des recherches en sciences sociales sur ces populations. Peu de recherches se développent, bien que ce thème constitue un thème prioritaire des appels d'offres de l'ANRS. Devant ce constat, l'action coordonnée n°18 « Comportements et prévention » (AC18) de l'ANRS décide d'organiser une journée d'animation de la recherche, « *Sida et immigration : la recherche en question* ». Cette journée a réuni en octobre 2000 « *des chercheurs en sciences sociales travaillant sur l'immigration autour des thèmes de l'emploi, de la famille, de la discrimination, de la politique urbaine, d'autres maladies, ainsi que les acteurs travaillant sur la question " immigration et sida "* » (Lert, Doré, *et al.* 2002).

Cette journée atteste la difficile structuration des recherches en sciences sociales sur le sida et la migration. Peu de chercheurs travaillant sur les migrations sont finalement intervenus, ce qui reflète la difficulté à mobiliser ces chercheurs sur ces enjeux. En outre, cette journée illustre les relations conflictuelles entre les différents acteurs du champ qui ne se sont pas forcément aplanies depuis la publication du rapport de 1999. Une fois encore, le collectif *Migrants contre le sida* s'illustre en refusant de participer à ce qu'il qualifie de parodie organisée par l'ANRS<sup>27</sup>. L'absence des malades issus de l'immigration doublée de la responsabilité de certains des intervenants (des pouvoirs publics comme des associations institutionnelles) dans la gestion de l'épidémie sont invoquées pour justifier ce choix (cf. Annexe 2).

L'ouvrage qui a été tiré de cette journée, « *Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux* » (Lert, *et al.* 2002) est le premier de la collection *Sciences Sociales et Sida* de l'ANRS à être consacré aux migrant·e·s. Il marque ainsi symboliquement une tentative d'intégrer les migrant·e·s dans les recherches en sciences sociales sur le sida. Enfin, cette journée témoigne de la

---

<sup>27</sup> Le texte de ce communiqué est disponible sur le site de l'association à l'adresse suivante : <http://survivreausida.net/pdf/anrs.pdf>

réaffirmation d'une distance à l'épidémiologie de la part des sciences sociales. Celle-ci se traduit par une analyse critique des catégories de l'épidémiologie qui conduit à investiguer d'autres groupes que celui mis en avant dans les données de surveillance et les enquêtes. Le refus de se focaliser sur les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne amène à un élargissement des groupes investigués avec des recherches qui portent sur les migrant·e·s guadeloupéens (Pourette 2002) et les descendants d'immigrés du Maghreb (Hamel 2002). Ces travaux constituent un apport essentiel au champ de recherche sur sida et migration, en mettant en lien les trajectoires migratoires et la socialisation, en prenant en compte les rapports de genre ou en articulant les problématiques du racisme et du sexisme pour éclairer les modalités de contaminations des groupes minoritaires dans le contexte français.

Dans cet ouvrage, un seul article porte sur les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne « *Des bals nègres aux boîtes black. Sexual mixing à Paris* » (Salomon 2002) et la justification de travailler sur cette population traduit, là encore, une certaine mise à distance de l'épidémiologie :

*« Il ne s'agit pas d'une enquête sur des formes de sexualité au sein de communautés de migrants issus de zones à forte endémie, mais de l'étude ethnographique de la socialité d'un monde nocturne qui rassemble, autour d'un goût partagé pour des genres définis de musiques et de danses, des assemblées disparates et non communautaires. »*

La volonté des sciences sociales de s'autonomiser de la logique épidémiologique passe globalement par le refus des catégories imposées par cette discipline, et plus rarement, comme dans l'article de Christine Salomon, par une tentative de réappropriation de ces catégories. La distance à l'épidémiologie des sciences sociales se traduit par une réflexion critique sur les catégories et par l'investigation d'autres groupes migratoires, mais rarement par la réappropriation de la catégorie « migrants d'Afrique subsaharienne ».

À partir des années 2000, la priorisation des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne dans les programmes de prévention et la construction d'une évidence épidémiologique s'appuyant sur les données de surveillance et d'enquêtes s'opposent à la difficulté à mobiliser la catégorie "migrants d'Afrique subsaharienne" dans les recherches en sciences sociales. La période se caractérise ainsi par une prépondérance des données de l'épidémiologie, même si des recherches en sciences

sociales sont produites. L'intégration de la catégorie immigrée dans les enquêtes sur le sida et les publications sur le sida dans les revues consacrées aux migrations attestent néanmoins une normalisation des questions de sida et migration.

## CONCLUSION DU CHAPITRE

---

La chronologie proposée dans ce chapitre a conduit à nuancer l'idée selon laquelle la difficulté à conduire des recherches sur les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne tient avant tout à l'absence de chiffres. Non seulement des statistiques, même imparfaites, étaient disponibles dès le début de l'épidémie mais, en outre, des recherches ont été conduites sur les migrant·e·s du Maghreb alors qu'ils n'ont jamais été distingués dans les statistiques de surveillance.

Les débuts de l'épidémie se caractérisent par une progressive invisibilisation des étrangers d'Afrique subsaharienne dans les statistiques du sida, dans un contexte de requalification du risque, avec le passage d'une approche centrée sur les groupes à risque à une approche centrée sur les comportements à risque. Puis, la reconnaissance de la diffusion sélective du virus a conduit à mettre en place une prévention ciblée vers les groupes les plus exposés, tandis que les recherches se concentraient sur les immigrés du Maghreb. Les transformations du contexte épidémiologique avec l'arrivée des trithérapies occasionnent un intérêt accru pour les populations migrantes provenant de zones d'endémie, tandis que l'arrivée de nouveaux acteurs associatifs contribue à mettre à l'agenda la question de la mesure et de la visibilité des migrant·e·s dans les statistiques du sida. La politisation des chiffres du sida et de la condition d'immigré au cours de cette période a néanmoins contribué à masquer la situation spécifique des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne. Enfin, le début des années 2000 est marqué par leur visibilité dans les données de surveillance et les enquêtes, tandis que les recherches en sciences sociales s'orientent vers l'investigation de la situation d'autres groupes migratoires.

Cette chronologie est également celle de l'occultation de la sexualité dans les recherches liant sida et migration. L'évolution des catégories dans les données de surveillance a d'abord abouti à construire par défaut ces populations comme un vecteur hétérosexuel de la transmission. Parallèlement, les recherches sur la sexualité ne se sont que très peu intéressées aux populations migrantes et quand cela a été le cas, ce fut principalement sous un prisme culturaliste. En l'absence de recherches en sciences sociales qui s'emparent de ces questions, la sexualité s'est trouvée enfermée dans la problématique du risque et de la culture. Puis, l'arrivée des trithérapies a



contribué à accorder moins d'importance aux questions de sexualité dans les recherches sur le sida, et notamment dans les enquêtes de santé publique. Enfin, la mobilisation de la condition sociopolitique d'immigré par les associations, mais également par les chercheurs, a également participé à un désinvestissement des enjeux sexuels de l'épidémie. Les évolutions de la problématisation des liens entre sexualité, sida et migration ont ainsi constitué un frein à l'appréhension scientifique des enjeux de sexualité parmi ces populations.

Cette période est marquée par deux tournants majeurs : l'année 1998 avec la politisation des chiffres du sida, et l'année 2004 avec le démarrage du premier programme national de lutte contre le sida « en direction des étrangers/migrants » (DGS 2007). La première impulsion des recherches est venue de l'épidémiologie non officielle tandis que la deuxième se trouve du côté des politiques de prévention officielle. À cette occasion, le comité d'experts regroupant des associations de migrants, mis en place par l'Inpes en 1990, est amplifié afin de co-construire les campagnes en direction des migrants, et notamment de contrôler et d'aménager les formes de visibilité promues par les campagnes (Musso 2008). Ce programme confirme les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne comme un groupe prioritaire dans les programmes de prévention.

En 2004, tous les acteurs du champ s'engagent sur les questions de sida et de migration. Le Crips tout d'abord qui, dans la continuité de son engagement, consacre un numéro de la revue *Transcriptases* à la problématique des migrations. La majorité des articles concernent les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne, attestant leur priorisation dans les recherches et les politiques de prévention (Crips 2004). L'ANRS ensuite qui, suite à l'échec relatif de la journée de 2000, met en place en 2004 un groupe « Migrants en France face au VIH et aux hépatites virales » afin de « *formuler les questions de recherche spécifiques aux migrants dans la recherche sur le sida et de réfléchir à l'élaboration d'outils et de méthodologie de recherche* », piloté par France Lert (Lert 2007), alors présidente de l'AC18. L'Inpes enfin, qui démarre une enquête sur les populations d'Afrique subsaharienne face au sida en Île-de-France, l'enquête KABP migrants (Lydié 2007b). La mise en place de cette enquête consacre la reconnaissance des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne comme un groupe particulièrement touché par l'épidémie.





## CHAPITRE 2

### L'ENQUÊTE KABP MIGRANTS : UNE RUPTURE SCIENTIFIQUE ET POLITIQUE

---

C'est en raison d'un « problème » de santé publique donnant lieu à une demande institutionnelle que l'enquête KABP migrants a été rendue possible. Si cette enquête s'inscrit dans un contexte de préoccupation croissante pour les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne dans le champ du sida, elle constitue également une rupture de par sa population cible. Dans le contexte français, les rares enquêtes sur les migrant·e·s font face à un ensemble de critiques portant à la fois sur leur légitimité, leur pertinence et leur faisabilité méthodologique, comme rappelé dans le premier chapitre.

Traditionnellement, la sociologie quantitative a moins l'habitude de travailler sur des sous-populations, domaine largement réservé aux travaux qualitatifs. L'épidémie de VIH/sida a partiellement remis en cause cette division scientifique du travail entre recherches quantitative et qualitative en raison de la diffusion sélective du virus dans certains groupes de la population. Deux solutions ont alors été envisagées : conduire des enquêtes auprès de gros échantillons représentatifs, comme ce fut le cas dans l'enquête ACSF de 1992, pour obtenir des effectifs suffisants des populations les plus exposées<sup>28</sup>, ou privilégier des échantillons ciblés, dits échantillon de

---

<sup>28</sup> L'enquête *Analyse des Comportements Sexuels en France* a porté sur un échantillon de 20 000 personnes afin d'obtenir des effectifs suffisants de certains groupes, et notamment des homosexuels masculins.

convenance, comme dans les Enquêtes Presse Gay menées en France depuis 1985 auprès des homosexuels masculins (Pollak et Schiltz 1991; Adam 1999; Velter 2007). C'est dans cette deuxième configuration, souvent critiquée sur la représentativité en l'absence de base de sondage sur la population cible, que s'inscrit l'enquête KABP migrants.

Cette enquête a été réalisée en Île-de-France, première région de résidence des populations migrantes d'Afrique subsaharienne (Insee 2005) et première région métropolitaine touchée par le VIH/sida (Cazein, Pillonel, *et al.* 2008b). La mise en place de cette enquête en 2005, soit un an après la mise en route du premier programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants (2004-2006), consacre la reconnaissance des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne comme un groupe particulièrement touché par l'épidémie et prioritaire en termes de prévention. La nouveauté du programme de 2004 réside dans le souci de mettre en place des campagnes de communication à destination de ces populations en les considérant à la fois comme une composante de la population française, par l'utilisation des dispositifs de droit commun (campagnes télévisées, centres de protection maternelle et infantile (PMI)...), et comme un groupe spécifique, par l'utilisation de dispositifs communautaires (épiceries, coiffeurs...) (DGS 2007). Ce programme faisait suite à celui de 2001-2004 dans lequel les migrant·e·s étaient identifiés comme une population prioritaire.

Dans ce chapitre, nous souhaitons revenir sur les conditions de production de l'enquête, c'est-à-dire le type d'enquête et la méthodologie choisies. La description du contexte institutionnel dans lequel la demande de cette enquête a émergé, ainsi que celle des circonstances dans lesquelles l'Inpes a décidé de la mettre en place permettent de comprendre pourquoi c'est une enquête de type KABP qui a été privilégiée (2.1). Puis, nous reviendrons sur le mode de recrutement choisi dans cette enquête en le mettant en perspective avec les critiques formulées à son égard (2.2). Ces critiques constituent, selon nous, un révélateur de la rupture que cette approche représente, et plus globalement de la difficulté à conduire des enquêtes sur les migrant·e·s dans le contexte français. Les données de l'enquête et les caractéristiques de l'échantillon, présentées dans la troisième partie, permettent de mettre au jour les forces et les faiblesses de la méthodologie mise en œuvre (2.3).

## 2.1. ENQUÊTER SUR LE SIDA AUPRÈS DES MIGRANT·E·S D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

---

Bien que son nom ne l'indique pas, cette enquête porte uniquement sur des personnes ayant migré depuis l'Afrique subsaharienne. Au-delà de la commodité d'un nom court, l'absence de mention explicite de l'origine géographique de ces personnes constitue un révélateur de l'assimilation progressive du terme « migrants » à celui de migrant·e·s d'Afrique subsaharienne dans les politiques et les recherches sur le sida. L'utilisation de ce terme traduit également la volonté de ne pas stigmatiser un groupe particulier de migrant·e·s par rapport à l'épidémie.

Mener une enquête sur le sida auprès des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne relève *a priori* d'un sujet sensible. Plus exactement, ce n'est pas tant le sujet en soi qui est sensible que l'intersection de certains questionnements mettant en scène certains acteurs dans un contexte particulier (Lee 1993). Le croisement des questions de sida et sexualité parmi des groupes minoritaires constitue une illustration particulièrement efficace de ces différentes dimensions : l'intrusion, car la sexualité relève en partie de l'intime, la sanction, car le sida amène à la question des comportements à risque et le pouvoir, car ces questionnements concernent des populations minoritaires potentiellement stigmatisées sur leur sexualité (Elam et Fenton 2003). En outre, le caractère sensible d'une enquête dépend de déterminants contextuels tels que les normes et valeurs sociétales concernant le caractère approprié et l'acceptation de classer les individus selon certaines caractéristiques, et notamment les classifications ethno- raciales (Elam et Fenton 2003).

Dans un contexte français particulièrement réticent à recueillir des informations portant sur l'origine géographique des personnes (Simon 2002), les enquêtes menées auprès des migrant·e·s sont récentes et peu nombreuses. Cette première partie sera l'occasion de revenir sur le contexte institutionnel dans lequel la demande de cette enquête a émergé et sur le choix d'une enquête KABP.

### 2.1.1. UNE DEMANDE QUI ÉMANE DU DÉPARTEMENT DE LA COMMUNICATION DE L'INPES

---

L'Inpes, par ses missions, est chargé de mettre en œuvre le plan national de lutte contre le VIH/sida (DGS 2007). Le département de la communication de l'Inpes est amené à mettre en place les campagnes en direction des populations identifiées comme prioritaires dans le plan. Cette injonction s'est heurtée, dans le cas des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne, à une absence de données utiles à la prévention qui rendait difficile la mise en place d'une stratégie pertinente. Pour être tout à fait exacte, l'Inpes avait réalisé une étude sur la consommation de médias des migrants d'Afrique subsaharienne en 2002 qui avait permis de réorienter la stratégie de communication en direction de ces populations (Aïna Stanojevich et Cytrynowicz 2004). Cette enquête comprenait deux volets : un volet quantitatif qui avait pris la forme d'une enquête par quotas auprès des six principales nationalités d'Afrique subsaharienne, et un volet qualitatif portant sur les connaissances et les pratiques vis-à-vis du VIH/sida (Lydié 2007b).

C'est dans ce contexte de quasi-absence de données sur ces populations que la direction de l'information et de la communication de l'Inpes a sollicité en 2004 la direction des affaires scientifiques pour mener une enquête auprès de ces migrant·e·s<sup>29</sup>. Cette demande constituait déjà une préoccupation ancienne, remontant aux débuts des années 2000, et n'avait pas encore trouvé à se réaliser. La publication du plan national de lutte contre le VIH/sida en 2004 a confirmé cette préoccupation.

Pour mettre en place cette enquête, un comité de pilotage est constitué au troisième trimestre 2004. Il est composé de huit personnes qui représentent une diversité de positionnements institutionnels<sup>30</sup>. Ce comité est particulièrement mobilisé sur la construction du questionnaire afin d'adapter le questionnaire KABP aux spécificités de cette population. Le choix de mettre en place une enquête de type KABP visant à décrire les connaissances, attitudes, croyances et pratiques des populations renvoie au contexte de la demande : il s'agit de fournir rapidement des

---

<sup>29</sup> L'Inpes est organisé en directions (direction des programmes, direction des affaires scientifiques, direction de l'information et de la communication, direction de l'animation des territoires et des réseaux).

<sup>30</sup> Pierre Arwidson (INPES), Nathalie Beltzer (ORS Île-de-France), Catherine Chardin (DGS), Philippe Guilbert (INPES), France Lert (Inserm), Florence LOT (InVS), Emmanuel Ricard (société française de santé publique), Thierry TROUSSIER (DGS).

données de cadrage utiles à la prévention, et en particulier à la mise en place de campagnes de communication. Tournée vers l'opérationnel, cette enquête avait pour objectifs de caractériser le niveau de connaissance du VIH/sida des populations d'Afrique subsaharienne en France, les attitudes et opinions à l'égard du VIH/sida et du préservatif, la perception du risque et de la maladie, et les modes d'adaptation au risque à travers la description des comportements sexuels et préventifs.

La première option retenue a été de se concentrer sur les six principales nationalités en provenance d'Afrique subsaharienne (Sénégal, Mali, Côte d'Ivoire, Congo, Cameroun et la République Démocratique du Congo). Ces six nationalités sont les plus importantes et les plus touchées par l'épidémie de VIH/sida, puisqu'elles représentaient 80 % des étrangers d'Afrique subsaharienne en Île-de-France et la même proportion parmi les étrangers d'Afrique subsaharienne séropositifs. La première version du protocole reprend celui mis en place pour l'enquête sur la consommation des médias conduite en 2002. En décembre 2004, ce choix méthodologique est discuté lors d'une présentation devant le comité de pilotage. Deux questions sont à l'ordre du jour, la population cible et l'échantillonnage (Nathalie Lydié, communication personnelle).

À ce moment-là, le protocole de collecte n'est pas encore finalisé. Quatre options se dégagent qui correspondent à l'utilisation de bases de sondage différentes. Ces différentes options portent à la fois sur les lieux où conduire l'enquête (par le biais des associations ou non) et sur le mode d'échantillonnage (quota/aléatoire) :

- Sondage aléatoire s'appuyant sur le recensement. Le recensement constitue en effet la base de sondage principale dans le contexte français. Mais les données de recensement disponibles dataient de 1999 et depuis cette date, le nombre d'étrangers provenant d'un pays d'Afrique subsaharienne admis au titre de séjour avait significativement augmenté (Lydié 2007b). En outre, le recours à cette méthodologie aurait nécessité de mettre en œuvre un partenariat avec l'Insee et de recourir à des enquêteurs Insee. La probabilité que l'Insee accepte cette configuration apparaissait relativement faible car cette enquête conjugait deux handicaps majeurs : elle portait sur des migrant·e·s et comportait des questions sur la sexualité ;
- *Screening* patronymique. Cette méthodologie, qui consiste à repérer des noms à consonance « africaine » dans l'annuaire, n'a pas été retenue car elle aurait



été trop coûteuse, car se posait la question des secondes générations et des mariages mixtes et qu'en outre, aucune donnée n'était disponible sur l'équipement téléphonique parmi ces populations ;

- Le recrutement dans des lieux communautaires. Cette option s'est heurtée à la faible structuration des associations africaines sur le sida au moment de l'enquête. En outre, elle consistait à considérer ces populations exclusivement comme un groupe spécifique, ce qui apparaissait contradictoire avec les objectifs du plan de lutte contre le sida ;
- Le recrutement dans la rue, dans des lieux non communautaires à partir d'un échantillonnage aléatoire. Cette méthodologie est finalement celle qui a été adoptée.

Le 16 décembre 2004, le protocole de l'enquête est présenté à l'AC18 de l'ANRS, pour avis, où il est relativement mal accueilli (Nathalie Lydié, communication personnelle). En particulier, le choix de se concentrer sur six nationalités est vivement critiqué, ce qui conduira à abandonner ce critère pour définir la population cible. Le protocole est entièrement revu après cette réunion et il est alors décidé de mener l'enquête auprès de toutes les personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne, quel que soit leur pays de naissance et y compris si elles représentent des flux minoritaires.

Le protocole final est mis en place en avril 2005, le pilote se déroule en mai et l'enquête principale a lieu en juin-juillet 2005. Cette enquête s'est déroulée dans des délais relativement brefs. Cela a été rendu possible pour le choix du type d'enquête que nous allons décrire maintenant.

### **2.1.2. LES ENQUÊTES KABP : UNE VISION ÉPIDÉMIOLOGISTE DE LA SEXUALITÉ**

---

Les enquêtes KABP – avec les enquêtes PR (pour *Partner Relationship*, « relations entre partenaires ») – sont les grandes enquêtes impulsées au niveau international par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dès la fin des années quatre-vingt, dans le cadre des politiques de lutte contre le sida. Les enquêtes KABP

participent du dispositif de surveillance du VIH/sida. Néanmoins, l'information collectée dans ces enquêtes leur confère un statut hybride, entre surveillance et recherche. Surveillance car ces enquêtes sont répétées à intervalle régulier et n'ont pas pour objectif d'approfondir des thématiques scientifiques. Recherche car la richesse des données permet des analyses qui vont au-delà de l'objectif de surveillance épidémiologique.

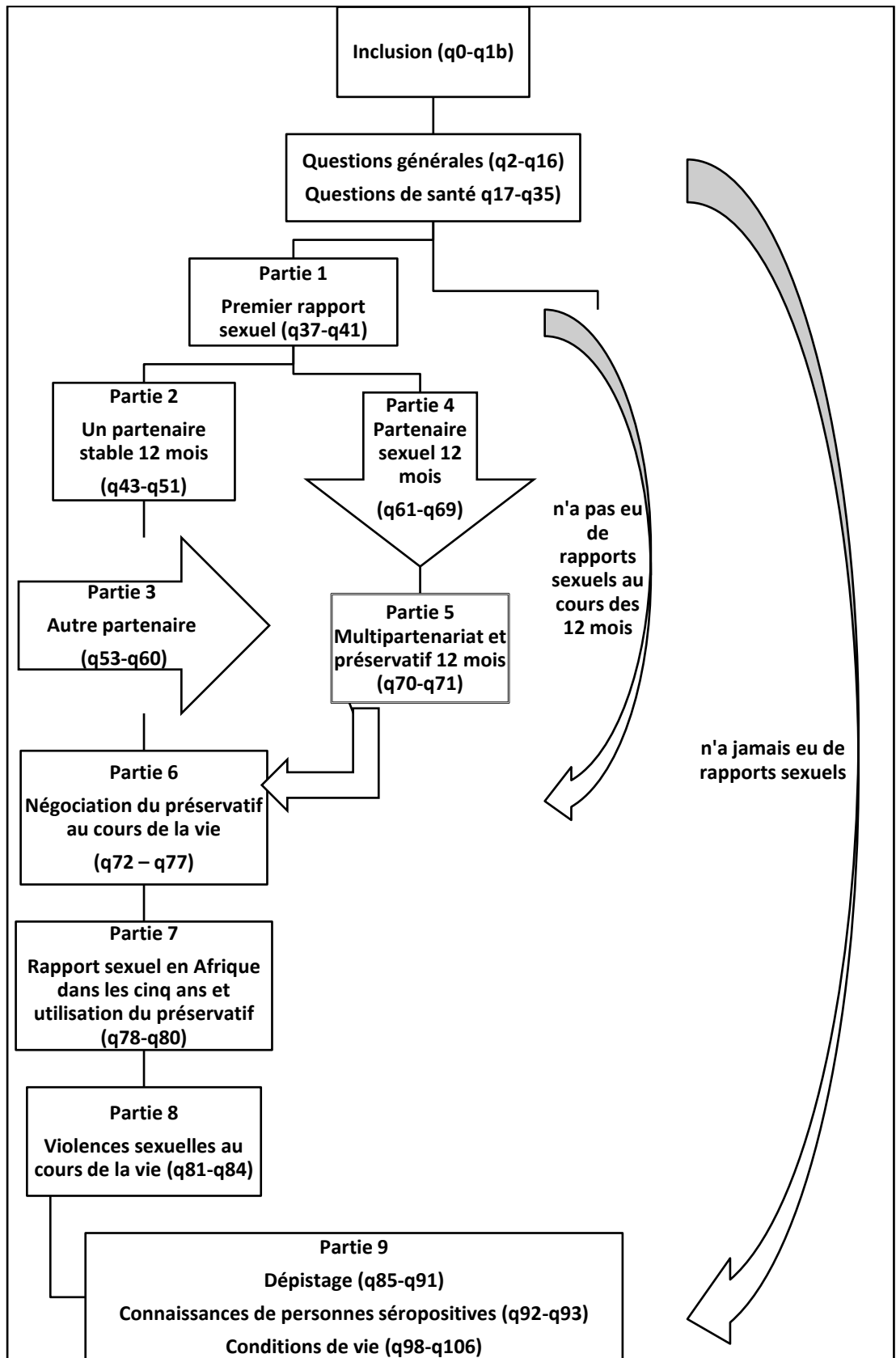
En France, ces enquêtes ont été conduites par les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), et répétées à intervalles réguliers (en 1987, 1992, 1994, 1998, 2001, 2004 et 2010). En raison du développement de l'épidémie dans les Départements Français d'Amérique, les enquêtes KABP ont été déclinées dans les DFA à partir du milieu des années 2000 (2004, 2011). Dans le contexte français, c'est donc la première fois qu'une enquête KABP porte sur une population spécifique et non sur un territoire<sup>31</sup>.

Le questionnaire de cette enquête a été largement adapté des questionnaires développés par l'ORS Île-de-France dans le cadre des enquêtes KABP métropole et KABP-DFA (Schéma 1 et Annexe 3). Il était néanmoins plus court en raison du mode de passation et avait été conçu de manière que la durée de passation n'excède pas trente minutes. Les restructurations les plus importantes ont porté sur les modules concernant les pratiques sexuelles et préventives. Au final, la durée moyenne de passation était de 26 minutes.

---

<sup>31</sup> Dans le contexte français, la mesure des inégalités et, le cas échéant, l'intervention politique les concernant sont préférentiellement conduites au niveau des territoires à travers la constitution des « Zones d'éducation prioritaires » (1981) ou des « zones urbaines sensibles » (1991). Cette discrimination positive « à la française », en ce qu'elle ne s'énonce pas comme telle, est en fait une discrimination positive territoriale **Doytcheva Miléna** 2007 *Une discrimination positive à la française ? Ethnicité et territoire dans les politiques de la ville*: La Découverte.

**SCHEMA 1 – STRUCTURE DU QUESTIONNAIRE**



Les premiers items du questionnaire portaient sur les caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée. Très peu de questions permettent d'appréhender la position sociale des personnes et aucune question ne permet de définir leur origine sociale, ce qui a fortement limité nos analyses sur ces dimensions. Puis, le questionnaire déroulait les modules permettant de mesurer les connaissances, attitudes et croyances, avant d'aborder les pratiques sexuelles et préventives. Le questionnaire se finissait avec des questions sur le dépistage et sur le fait de connaître des personnes séropositives, ainsi que quelques items permettant d'appréhender les conditions de vie.

Les questions disponibles pour aborder les pratiques sexuelles et préventives sont principalement centrées sur la description du premier rapport sexuel et des relations sexuelles au cours des douze derniers mois (nombre de partenaires, temporalité des relations, caractéristiques des relations et des partenaires, pratiques contraceptives et préventives...). Pour chaque partenaire décrit, les informations disponibles concernent son sexe, son âge et sa nationalité actuelle. La question sur le sexe du partenaire est souvent considérée comme une question sensible, voire inutile en raison de la « présomption d'hétérosexualité » particulièrement forte, s'agissant de certaines populations. Elle a pourtant été demandée pour chaque relation, démontrant par là que cette question peut être posée, y compris dans des populations dans lesquelles la reconnaissance de l'homosexualité serait faible. L'information sur l'âge du partenaire dénote d'un intérêt pour les questions relatives à l'écart d'âge entre partenaires. Cette information, relativement simple à recueillir, constitue un indicateur de l'asymétrie entre hommes et femmes au sein d'une relation (Bozon 1991).

Quant à la question sur la nationalité actuelle des partenaires sexuels, elle traduit une préoccupation pour les questions de mixité et de réseaux sexuels. Un des objectifs de l'enquête était en effet de mesurer le « brassage sexuel » dans ces populations. Deux regrets la concernant. D'une part, cette question n'a pas été posée pour le premier partenaire sexuel, probablement en raison du présupposé que le premier rapport sexuel s'était déroulé avant la migration et donc avec quelqu'un du même pays. Sous cette hypothèse, la question sur l'origine géographique du premier partenaire sexuel était effectivement peu pertinente. Encore fallait-il le vérifier. D'autre part, la question sur la nationalité actuelle a été privilégiée au détriment de

celle portant sur le pays de naissance, considérée comme trop sensible. Il ne s'agit pas de déterminer laquelle de ces deux informations est la plus sensible, mais de souligner que ce choix est révélateur des usages des catégories ayant trait à l'origine géographique dans le contexte français, et en particulier dans la statistique publique. Comme rappelé dans le premier chapitre, la nationalité actuelle est disponible dès les premiers recensements, alors que l'information sur le pays de naissance – qui permet de construire la catégorie d'immigré – n'est apparue qu'en 1991. De ces temporalités décalées découlent des légitimités différentes pour ces deux catégories.

Les choix faits concernant cette question ont contraint nos analyses sur les réseaux sexuels et ce, à deux niveaux. D'une part, nous n'avons pas été en mesure d'étudier les réseaux sexuels lors de l'entrée dans la sexualité et donc d'appréhender les évolutions dans la trajectoire des personnes. D'autre part, si la nationalité actuelle constitue une approximation acceptable du pays de naissance pour les personnes qui n'ont pas changé de nationalité, en revanche, on n'est pas en mesure de formuler des hypothèses concernant les personnes qui ont acquis la nationalité française (cf. chapitres 3 et 6).

Dans cette enquête, la sexualité est abordée uniquement dans la mesure où elle permet d'éclairer les comportements sexuels dits à risque, c'est-à-dire sous le prisme de la transmission sexuelle. Aucune question ne porte sur les significations associées à la sexualité. Seules les pratiques sexuelles, et dans une moindre mesure les contextes dans lesquels elles se vivent, sont abordées. La construction du questionnaire est informée par la préoccupation de santé publique concernant la situation de l'épidémie du VIH/sida dans ces populations, l'objectif étant de fournir des données pour orienter les politiques de prévention, et en particulier les campagnes de communication. Le constat fait par Alain Giami dès le début des années 1990 concernant les enquêtes sur la sexualité ne peut qu'être réitéré ici : la représentation épidémiologiste de la sexualité met en relation des pratiques sexuelles rendues intéressantes par le VIH et aboutit à une nouvelle problématisation de la sexualité (Giami 1991; Giami 1995).

Malgré cette orientation épidémiologiste, la préoccupation pour le VIH/sida a contribué à renouveler et à légitimer les recherches sur la sexualité, et notamment l'étude des pratiques sexuelles (Gagnon 1988; Parker 2009). En outre, cette préoccupation pour la transmission sexuelle a permis de déconnecter partiellement la

sexualité de la reproduction et, dans une moindre mesure, de la conjugalité, ce qui constitue une avancée majeure par rapport aux enquêtes démographiques classiques – type Enquête Démographique et de Santé (EDS) – qui abordent la sexualité uniquement sous le prisme de la conjugalité hétérosexuelle et reproductive. L'autonomisation de la sexualité par rapport à la conjugalité et à la reproduction peut néanmoins conduire à des manques importants. En effet, aucune question ne porte sur le fait de savoir si les personnes ont des enfants, alors que cette information constitue un indicateur de la trajectoire conjugale et familiale et un élément essentiel du statut social. En outre, l'articulation des intentions de fécondité et du risque d'infection est centrale pour étudier les pratiques de prévention en lien avec la contraception.

Alors que les enquêtes sur la sexualité développent des problématiques de recherche et explorent des thématiques plus larges, la sexualité est réduite ici aux enjeux de prévention sexuelle. Cela n'est en rien spécifique à cette enquête et se retrouve dans toutes les enquêtes de type KABP. En cela, ces enquêtes s'inscrivent dans une demande sociale cohérente avec la manière dont les préoccupations de la santé publique pour le VIH se sont construites historiquement (Calvez 2004). En revanche, la méthodologie de recrutement a dû tenir compte du fait qu'il s'agissait d'une population spécifique. Nous souhaitons revenir sur cet aspect de la méthodologie qui représente un enjeu essentiel. L'objectif de la prochaine partie est d'analyser les conditions de recrutement de cette enquête et de les mettre en perspective avec les critiques formulées à leur égard.

## 2.2. UN RECRUTEMENT PEU CONVENTIONNEL

---

La méthodologie de l'enquête a été décrite par ailleurs (Lydié 2007b; Lydié, Guilbert, *et al.* 2008). Il s'agit ici de rappeler succinctement les conditions de recrutement en insistant plus particulièrement sur le protocole de collecte (Encadré 4) afin de discuter les choix méthodologiques opérés et de les mettre en perspective avec les critiques qui ont été formulées à leur encontre. Ces critiques sont analysées comme un révélateur du caractère sensible des enquêtes conduites auprès des migrant·e·s.

J'ai eu connaissance de ces critiques en différentes circonstances : en assistant à des réunions du groupe migrants/VIH à l'ANRS<sup>32</sup>, et notamment à celle du 13 septembre 2006 au cours de laquelle ont été présentés les premiers résultats de l'enquête ; en discutant avec l'investigatrice principale de l'enquête, j'ai pris connaissance de critiques qui avaient été adressées à KABP migrants, en particulier lors de la présentation du projet à l'ANRS en 2004 ; lors de la mise en place de l'enquête *Parcours* en 2007-2008, de nombreuses réunions ont porté sur la méthodologie à mettre en œuvre et ont été l'occasion de revenir sur le précédent que constituait cette enquête afin d'en souligner les limites et d'en tirer partie pour mettre en place une méthodologie plus performante ; enfin, les présentations que j'ai réalisées à partir de cette enquête ont été l'occasion d'entendre de nouveau un certain nombre de critiques émises. Sans oublier celles que j'ai moi-même formulées à l'égard de l'enquête en analysant les données et à propos desquelles j'ai pu évoluer au cours de ce travail de thèse. Ces différentes circonstances traduisent l'évolution de ma position par rapport à l'enquête. Spectatrice des débats la concernant dans un premier temps, puis protagoniste impliquée et devant répondre de ses lacunes et faiblesses dans un second temps.

---

<sup>32</sup> Comme rappelé dans le premier chapitre, ce groupe a été mis en place en 2004 afin d'impulser des recherches sur les migrants dans le champ du sida.

**ENCADRÉ 4 – KABP MIGRANTS : UNE ENQUÊTE ALÉATOIRE EN FACE-À-FACE**

Pour constituer la base de sondage, les communes d'Île-de-France de plus de 5000 habitants ont été réparties en trois strates en fonction du pourcentage de personnes immigrées d'Afrique subsaharienne dans leur population (>6 %, 4-6 %, 2-4 %). Afin d'avoir une multiplicité et une bonne dispersion des points d'enquête, cinquante communes ont été tirées au sort, de manière proportionnelle à l'importance relative de la strate. Les personnes ont été interviewées en face-à-face entre juin et juillet 2005. Une enquête-pilote avait été réalisée en mai 2005 pour s'assurer de la compréhension du questionnaire et de la faisabilité de l'enquête.

L'enquête a été conduite en lieux ouverts à partir de sites d'enquêtes fixes (stations de transport urbain, marché, bureaux de poste, centre commercial), choisis pour leur capacité à drainer des populations différentes. Un circuit d'enquête reliait les différents sites. Afin de tenir compte de la densité différentielle de la population immigrée africaine dans les communes, une durée de présence inversement proportionnelle à cette densité était à respecter sur chaque site (2 heures si >6 % ; 3 heures si 4-6 % ; 4 heures si 2-4 %). Les personnes interrogées étaient sélectionnées de manière aléatoire à partir des points d'enquête dans les cinquante communes tirées au sort. Les enquêteurs sollicitaient les personnes potentiellement éligibles, c'est-à-dire des personnes noires. Étaient retenues comme éligibles les personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne, vivant en Île-de-France et âgées de 18-49 ans.

Le recueil des données a été assuré par quarante-deux enquêteurs originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne. Les enquêteurs ont reçu une formation de deux jours dispensés par l'équipe de l'institut de sondage BVA et les responsables de l'enquête à l'Inpes. Sur le terrain, ils ont travaillé en binôme (une femme, un homme). Les enquêteurs ont interrogé les hommes ; les enquêtrices, les femmes. À l'issue du questionnaire, l'enquêteur remettait à la personne interrogée une carte téléphonique et un document de prévention. En cas de questions relatives au VIH, la personne était orientée vers une ligne d'information à distance, *Sida Info Service*.

Les enquêteurs avaient pour consigne de relever l'ensemble des contacts n'ayant pas donné lieu à la passation d'un questionnaire. Sur les 14 164 contacts établis, 70 % ont concerné des personnes éligibles. Parmi celles-ci, 21 % ont accepté de répondre. En cours de passation, 138 questionnaires ont donné lieu à un abandon. Après vérification, 67 questionnaires ont été écartés car ils étaient mal remplis, ce qui porte à 1 874 le nombre de questionnaires complets. L'échantillon de l'enquête finale comprenait 973 femmes et 901 hommes nés dans un pays d'Afrique subsaharienne, âgés de 18-49 ans et vivant en Île-de-France.

**Source :** Lydié Nathalie 2007 'Principales caractéristiques de la zone d'étude et présentation méthodologique de l'enquête', in N. Lydié (ed) Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements, Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, coll. Études Santé.



De cette description de la méthodologie, nous retiendrons deux éléments : cette enquête a porté sur des personnes ayant comme seule caractéristique commune d'être nées dans un pays d'Afrique subsaharienne et d'être noires ; le recrutement s'est déroulé dans la rue et il a été mené par des enquêteurs africains.

### **2.2.1. UNE INTERROGATION SUR LA PERTINENCE DE LA POPULATION CIBLE**

---

Le principal critère d'éligibilité, outre celui de l'âge et du lieu de résidence, était d'être né dans un pays d'Afrique subsaharienne. Ce critère s'appuie sur une préoccupation épidémiologique liée à la situation d'épidémie généralisée en Afrique subsaharienne et à l'importance des flux migratoires en provenance de cette région. Il peut y avoir une certaine réticence à l'idée de se fonder sur un critère épidémiologique pour mener une enquête, en particulier lorsqu'il s'agit de groupes minoritaires. Ce critère de recrutement a rencontré un certain nombre de résistances, à la fois au moment de la présentation du projet à l'ANRS et de la publication des résultats. Les interrogations ont principalement porté sur la pertinence de ce critère, à la fois particularisant et homogénéisant : particularisant en ce qu'il se concentrait sur les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne, et homogénéisant, étant donné qu'il considérait indifféremment tous les migrant·e·s originaires de cette zone géographique.

Cette première critique renvoie à la crainte d'isoler artificiellement, et de stigmatiser, des migrant·e·s venant de zones d'endémie. Cette inquiétude fait écho à celles que nous avons abordées dans le premier chapitre, qu'il s'agisse des positionnements des associations ou des chercheurs. Lors de la présentation des résultats aux associations en juin 2007, *Migrants contre le sida* s'est fait le représentant de cette crainte : le collectif s'est interrogé sur la pertinence d'enquêter uniquement les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne et s'est enquis de savoir si le projet de dupliquer l'enquête sur d'autres groupes de migrant·e·s était en cours, et en particulier auprès des migrant·e·s du Maghreb (Nathalie Lydié, communication personnelle). L'argument épidémiologique des différences de prévalence entre ces groupes de migrant·e·s n'a pas forcément convaincu car, même si la prévalence est

faible dans ce groupe, il est important, selon cette association, de pouvoir identifier les freins à l'accès au dépistage et aux soins pour tous les groupes de la population.

Ce critère conduisait à isoler les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne, mais également à homogénéiser ce groupe. Cette critique renvoie à la question de savoir dans quelle mesure cette catégorie statistique renvoyait ou non à un groupe social. En cas de réponse négative à cette question, était-il justifié de mener une enquête en conservant ce critère ? À l'évidence, les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne ne constituent pas un groupe social homogène. Ce critère conduisait à considérer indifféremment des personnes dont la seule caractéristique commune était d'être nées dans un pays d'épidémie généralisée et mêlait des personnes venant de pays très différents, pour des raisons variées, durant leur enfance comme à l'âge adulte. D'une certaine manière, cela revenait à entériner la logique épidémiologique du groupe à risque et pouvait contribuer à faire exister ce groupe, alors que de nombreuses recherches en sciences sociales et en santé publique se sont efforcées de rendre compte de la diversité des trajectoires et des situations de vie des migrant·e·s venant d'Afrique subsaharienne dans le champ du sida (Lert et Obadia 2004a; Valin, *et al.* 2004; Pourette 2008) comme dans d'autres champs de recherches (Barou 2002; Quiminal et Timera 2002; Barou 2011).

Or, les informations recueillies dans l'enquête permettent justement de déconstruire *a posteriori* cette homogénéité et de mettre en exergue la diversité de cette population. Par ailleurs, si ce critère était effectivement très englobant, quel aurait été le bon critère ? Qui aurait-il fallu interroger ? L'enquête aurait pu se focaliser sur les personnes qui sont arrivées à l'âge adulte et/ou sur les personnes venant de pays dans lesquels la prévalence du VIH/sida est supérieure à 3 ou 5 %. Outre que la multiplication des critères aurait rendu le recrutement encore plus complexe, voire impossible, cela consistait à définir *a priori* la population la plus à risque. Or, en l'absence de données sur les trajectoires de ces personnes, cela constituait une hypothèse plus qu'hasardeuse.

Le choix de recruter des personnes nées dans tous les pays d'Afrique subsaharienne constitue l'une des forces de cette enquête et apparaît plus pertinent que celui, retenu dans un premier temps, de se focaliser sur les six principales nationalités d'Afrique subsaharienne, qui ne concentrent au final que 60 % de l'échantillon.

### 2.2.2. LE CHOIX D'ENQUÊTEURS DE « MÊME ORIGINE »<sup>33</sup>

---

Le mode de recrutement adopté pour cette enquête est assurément ce qui a cristallisé le plus de critiques. La question du choix d'enquêteurs de même origine, le *matching*, a suscité de nombreux débats dans les pays anglo-saxons<sup>34</sup>. Des recherches ont montré que ce choix pouvait permettre d'augmenter la participation à une enquête (Elam et Fenton 2003; McLean et Campbell 2003). Néanmoins, l'avantage que constitue le fait d'avoir des enquêteurs de même origine peut se transformer en handicap lors de la passation du questionnaire en raison de difficultés à critiquer des normes culturelles ou à admettre des valeurs ou des comportements « déviants » (Elam et Fenton 2003; Dotinga, van den Eijnden, *et al.* 2005). Cela peut également susciter des craintes concernant l'anonymat et la confidentialité (Elam et Fenton 2003). Enfin, mettre trop d'emphasis sur l'origine des enquêteurs peut contribuer à masquer l'hétérogénéité et les phénomènes de stratification interne inhérents à tout groupe social, car d'autres facteurs peuvent être déterminants pour créer un sentiment de connivence (âge, sexe, statut social...). Différentes stratégies ont été identifiées pour réduire ces inconvénients : s'assurer du professionnalisme des enquêteurs, s'agissant notamment de la confidentialité et de l'anonymat, décourager les enquêteurs de mener les enquêtes sur leurs lieux de vie, et donner le choix aux enquêtés concernant l'origine de l'enquêteur (Elam et Fenton 2003). Toutes ces stratégies visent à établir une distance propre au bon déroulement du questionnaire.

Ces différents éléments fournissent des pistes pour discuter de la pertinence du recours à des enquêteurs de même origine. La question centrale est finalement de savoir à quoi l'on fait référence lorsque l'on parle d'enquêteur de même origine. S'agit-il d'une identité socioculturelle et religieuse, d'une ressource politique ou d'une source d'exclusion sociale, d'un critère migratoire ou raciale ? Cette question constitue le fil directeur pour éclairer les critiques qui ont été formulées à l'égard de cet aspect de la méthodologie.

Ce choix a été critiqué en ce qu'il présupposait une identité et un sentiment de connivence fondés sur la seule base d'être né dans un pays d'Afrique subsaharienne.

---

<sup>33</sup> Dans les enquêtes anglo-saxonnes, c'est l'expression « *ethnically matched* » qui est utilisée.

<sup>34</sup> À noter cependant que le *matching* est un élément-clé des approches collaboratives dans le contexte anglo-saxon, ce qui n'est pas le cas de cette enquête.

Des critiques ont également pointé le risque que les personnes se censurent sur leurs comportements par peur de s'exposer à des jugements au regard des normes attendues dans leur communauté (communication personnelle, réunion du 13 septembre 2006, ANRS). La première critique récuse la pertinence de cette identification tandis que la seconde suppose une communauté d'expériences. Bien qu'elles relèvent de registres contradictoires, ces deux ensembles de critiques renvoient à la question du sens et de la pertinence de cette identification.

Le recours à des enquêteurs africains ne peut se comprendre qu'en référence au protocole de collecte. C'est parce que l'enquête se déroulait dans la rue et non dans des lieux spécifiques aux migrant·e·s que le choix a été fait de recruter des enquêteurs africains. L'hypothèse était que les personnes s'arrêteraient plus facilement si elles étaient interpellées par une personne africaine et noire. Cette enquête s'est en effet appuyée sur un recrutement aléatoire et non sur un recrutement communautaire, ce qui traduit la volonté de considérer cette population comme appartenant à la population française sans passer par la médiation d'associations ou de lieux de sociabilité spécifiques. Les points d'enquêtes étaient des lieux dans lesquels les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne étaient susceptibles de se trouver au même titre que d'autres populations et non des lieux qui leur seraient propres ; les lieux de culte et les lieux communautaires ne permettent pas forcément d'identifier les participants appropriés (McLean et Campbell 2003). Il s'agissait de concilier un recrutement aléatoire avec la nécessité de réussir à inclure des répondants. Ces choix traduisent le pragmatisme qui a présidé à la mise en œuvre de cette enquête, s'agissant notamment de la difficulté que représentait le recrutement. Pour autant, il aurait été intéressant de tester cette hypothèse afin de voir si le choix d'enquêteurs de même origine permet effectivement de faciliter l'inclusion.

Pour limiter les risques liés au *matching*, les enquêteurs n'ont pas été envoyés dans leurs communes de résidence afin d'éviter qu'ils rencontrent des personnes de leur entourage. En outre, les enquêteurs pouvaient venir de pays différents de ceux des personnes enquêtées. En aucun cas, il ne s'agissait d'avoir des Camerounais qui interrogeaient des Camerounais ou des Sénégalais qui interrogeaient des Sénégalais. Il n'y avait pas d'hypothèse mettant en jeu des affinités culturelles derrière ce choix. Enfin, ces enquêteurs étaient tous des enquêteurs professionnels ayant reçu une formation complémentaire pour travailler sur cette enquête.

Le choix d'enquêteurs africains révèle le présupposé d'une reconnaissance mutuelle s'établissant entre enquêteurs et enquêtés. Les enquêteurs « reconnaissaient » les enquêtés susceptibles de correspondre à la cible – et surtout ceux ne correspondant pas à la cible, notamment les personnes originaires des Antilles –, et les enquêtés acceptaient de participer car ils « reconnaissaient » les enquêteurs. Cela nous amène à la deuxième partie de la critique qui pointait le caractère racial du recrutement. Il s'est agi d'un recrutement en partie racialisé (être noir) bien que la population cible relevât d'un critère migratoire (être né en Afrique subsaharienne). Le recrutement des enquêtés peut être séquencé en deux étapes. Dans un premier temps, les enquêteurs ont procédé au repérage des personnes noires. Dans un second temps, les personnes repérées qui ont accepté de répondre ont déclaré dans quel pays elles étaient nées. Ainsi, la partie raciale du recrutement relevait d'une hétéro-identification par les enquêteurs, alors que la partie migratoire du recrutement relevait d'une autodéfinition par les personnes interrogées.

Le recours à des enquêteurs africains devait permettre de reporter la racialisation des populations enquêtées sur des enquêteurs eux-mêmes racialisés. La « soustraction » du repérage des Noirs constitue une tentative de contourner l'accusation de racisme puisque l'identification n'est pas le fait de membres du groupe majoritaire : elle est le fait de personnes susceptibles de subir cette identification et non de personnes susceptibles d'imposer ce label. Cette stratégie n'a pas été forcément payante au vu des critiques qui ont porté sur ce mode de recrutement. Peut-être aurait-il été encore plus décrié si le recrutement avait été effectué par des enquêteurs blancs.

Le fait que les hommes interrogent les hommes et les femmes les femmes a également été questionné. Cette interrogation constitue une préoccupation ancienne et récurrente dans les enquêtes sur la sexualité (Firdion et Riandey 1993). Là encore, ce choix doit être mis en perspective avec le fait que le recrutement se déroulait dans la rue. Les femmes se seraient probablement moins volontiers arrêtées si elles avaient été sollicitées par des hommes. L'inverse n'est pas forcément vrai.

Le choix d'enquêteurs originaires d'Afrique subsaharienne mais ayant des profils sociaux et migratoires différents de ceux des populations enquêtées a pu constituer un compromis et faciliter le recrutement par un sentiment diffus de reconnaissance – ces personnes partagent certaines expériences en France et, *a minima*, celles d'être

considérées comme Noirs et africaines – en même temps qu’une certaine distance nécessaire à la passation du questionnaire. Cette distance était induite par la formation des enquêteurs, le choix des lieux de recrutement et le caractère très englobant de cette identification africaine. Néanmoins, le taux de refus très élevé (69 %) a des conséquences sur la représentativité de la population enquêtée, ce qui a également été souligné. Discuter de la représentativité de la population enquêtée et de la fiabilité des données obtenues sera l’objet de la troisième partie de ce chapitre.

### **2.3. FORCES ET FAIBLESSES DE LA MÉTHODOLOGIE**

---

Il s'agit de discuter des avantages et des inconvénients de cette méthodologie concernant notamment son impact sur le profil de la population enquêtée et sur la qualité des données. Avant de revenir sur les biais de l'échantillon, nous souhaitons rappeler que cette enquête, de par ses critères de recrutement, a concerné une population spécifique. Le questionnaire a été passé en français, ce qui a pu conduire à écarter les personnes ne s'exprimant pas bien en français et à surestimer les personnes originaires d'Afrique francophone. En outre, l'enquête ayant eu lieu en Île-de-France, les analyses ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la population africaine vivant en France, même si cette région concentre 60 % des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne.

#### **2.3.1. UN ÉCHANTILLON QUI SURREPRÉSENTE LES MIGRATIONS RÉCENTES**

---

Cette enquête s'est déroulée dans la rue, ce qui peut contribuer à expliquer le pourcentage de refus très élevé (79 %). Même si la majorité des personnes a refusé de répondre avant de connaître le sujet de l'enquête, ce taux de refus n'est pas sans conséquence sur les caractéristiques de la population enquêtée. Et en effet, la représentativité, faible au niveau des standards d'une enquête scientifique, a également été soulignée. L'échantillon constitué apparaissait de ce fait plus proche d'un échantillon de convenance. Si les biais observés sont proches de ceux observés dans d'autres enquêtes, la différence réside dans l'absence de base de sondage permettant de redresser l'échantillon.

**Tableau 2-1 – Comparaison de l'échantillon de l'enquête KABP migrants avec les données du recensement**

**TABLEAU VI**

Comparaison de l'échantillon avec les données des deux premières enquêtes annuelles du recensement de la population (2004-2005). Population née dans un pays d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France

	Enquête INPES 2005 [IC à 95 %]	Recensement de la population Insee 2004-2005 <sup>a</sup>	Différence
<b>Sexe</b>			
Proportion d'hommes	48,1 [44,8–51,4]	+0,2	ns
<b>Âge moyen (ans)</b>			
Hommes	31,0 [30,5–31,5]	-5,1	***
Femmes	29,4 [28,9–29,9]	-5,0	***
Ensemble	30,2 [29,8–30,6]	-5,0	***
<b>Proportion de personnes nées dans les six premiers pays d'émigration régulière<sup>b</sup> (en %)</b>			
Hommes	68,3 [65,3–71,3]	0,0	ns
Femmes	70,0 [67,1–72,9]	+2,4	ns
Ensemble	69,2 [67,1–71,3]	+1,2	ns
<b>Proportion de personnes jamais scolarisées (en %)</b>			
Hommes	3,2 [2,1–4,3]	-15,1	***
Femmes	2,8 [1,8–3,8]	-12,1	***
Ensemble	3,0 [2,2–3,8]	-13,5	***
<b>Proportion de personnes arrivées depuis 2000 (en %)</b>			
Hommes	43,0 [39,7–46,3]	+16,3	***
Femmes	38,6 [35,5–41,7]	+11,7	***
Ensemble	40,8 [38,6–43,0]	+13,9	***

a. Source : Catherine Borrel, communication personnelle.  
b. Cameroun, Côte d'Ivoire, Congo, Mali, République démocratique du Congo, Sénégal.  
\*: p<0,05; \*\*: p<0,01; \*\*\* : p<0,001; ns : non significatif.

**Source :** Lydié Nathalie 2007b 'Principales caractéristiques de la zone d'étude et présentation méthodologique de l'enquête', in N. Lydié (ed) *Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*, Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, coll. Études Santé., p44

À l'issue de l'enquête, l'écart observé entre les données recueillies et celles du recensement (2004-2005) pour quelques variables clés (sexe, âge, niveau d'éducation, pays d'origine) a été obtenu auprès de l'Insee (Tableau 2-1) (Lydié 2007a). La répartition par sexe et par pays de naissance n'est pas significativement différente : les personnes interrogées proviennent dans des proportions semblables à celle du recensement des six premiers pays d'émigration régulière que sont le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Congo, le Mali, la République Démocratique du Congo et le Sénégal.

En revanche, les personnes qui ont participé à l'enquête se sont révélées significativement plus jeunes, plus éduquées et sont arrivées plus récemment que la population qu'elles représentent (Tableau 2-1) (Lydié 2007a). L'âge moyen des répondants était de 29,4 ans pour les femmes *versus* 31,0 ans pour les hommes, soit



cinq ans de moins que dans le recensement. En outre, le niveau d'études de cette population est particulièrement élevé, près de la moitié de ces personnes ayant un niveau d'études supérieures, situation qui concerne significativement plus d'hommes que de femmes (57 % vs 50 %) (Lydié 2007a). Seule une minorité de répondants (3 % des hommes et des femmes) n'ont jamais été scolarisés.

Enfin, les personnes interrogées dans l'enquête sont arrivées en France récemment. Si les dates d'arrivée en France s'échelonnent de 1962 à 2005, près de 95 % des personnes interrogées dans l'enquête ont migré après 1980 et dans 41 % des cas, il s'agissait d'immigration postérieure à 1999. À partir des années 1980, la composition de la migration africaine change avec d'une part, l'arrivée des épouses dans le cadre du regroupement familial et d'autre part, une diversification des pays d'origine des migrant·e·s (Barou 2002). À la population originaire du fleuve Sénégal, en particulier du Sénégal et du Mali, se sont ajoutées des populations issues du Congo, de la République Démocratique du Congo, du Cameroun, de la Côte d'Ivoire... Malgré cette diversification des pays d'origine, plus de 90 % des personnes de l'échantillon viennent de pays francophones, et près de six répondants sur dix viennent d'Afrique de l'Ouest (Sénégal, Côte d'Ivoire et Mali), attestant l'importance du passé colonial de la France dans l'organisation des migrations actuelles. Les personnes nées en Afrique centrale (35 %) proviennent essentiellement du Cameroun, de la République Démocratique du Congo et du Congo.

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques et migratoires de la population enquêtée montre que l'échantillon constitué est plus représentatif des migrations récentes – celles qui ont démarré à la fin des années 1970 – que des migrations plus anciennes. Le profil de ces populations diffère de manière importante selon la période d'arrivée en France, ce qui traduit les transformations des migrations en provenance d'Afrique subsaharienne. Étant donné que les personnes originaires d'Afrique subsaharienne arrivées depuis le début des années quatre-vingt sont plus jeunes et plus diplômées que les personnes des migrations antérieures (Barou 2002), cette enquête est vraisemblablement plus représentative des migrations récentes. Ces personnes correspondent au profil de la seconde immigration en provenance d'Afrique subsaharienne qui se distingue par un niveau d'instruction plus élevé, notamment parmi les personnes arrivées jeunes en France (Insee 2005). Les études supérieures constituent un motif de migration en soi pour nombre de migrant·e·s

africain·e·s, en particulier parmi ceux qui ont migré en Île-de-France (Insee 2005). Peu de différences sont observées entre les niveaux de scolarisation des hommes et des femmes, contrairement à la situation en Afrique subsaharienne, en particulier dans les pays francophones. Dans ces pays, les niveaux de scolarisation sont faibles et les inégalités filles/garçons particulièrement fortes (Lange 2007; Zoungrana, Ouédraogo, *et al.* 2007).

L'analyse des circonstances de la migration fait apparaître des différences notables entre les sexes. Les femmes sont arrivées en France à des âges plus jeunes que les hommes (âge médian à la migration de 19,0 ans vs 22,0 ans). Environ 10 % de l'échantillon est arrivé avant l'âge de 10 ans et autant après 30 ans. Les principales raisons d'immigration étaient, pour les hommes, la poursuite d'études (39 %) et la recherche d'un emploi (27 %) tandis que, chez les femmes, la migration s'est d'abord faite dans le cadre d'un rapprochement familial (43 %), puis dans le cadre des études (35 %) (Lydié 2007a). La migration pour rejoindre son conjoint constitue l'une des principales possibilités de migration pour les femmes et, de ce fait, l'un des motifs majeurs (Borrel et Tavan 2004). Enfin, les migrations politiques représentent une part non négligeable de l'échantillon, respectivement 12 % *versus* 5 % des migrations masculines et féminines. Il s'agit principalement de personnes venant de République Démocratique du Congo, du Congo, de Côte d'Ivoire et d'Angola. La venue en France pour raisons médicales a été invoquée par 2 % des hommes et 4 % des femmes interrogés (Lydié 2007a).

Dans cette population, la socialisation religieuse apparaît importante. Seules 5 % des personnes interrogées ont déclaré qu'elles n'avaient pas de religion (Lydié 2007a). Une même proportion de catholiques et de musulmans (38 %) a été enregistrée dans l'échantillon, 16 % des personnes interrogées ont dit qu'elles étaient protestantes, tandis que 3 % ont déclaré une autre religion. La religion occupe une place particulièrement importante pour cette population, 51 % des personnes interrogées ayant déclaré une pratique religieuse régulière. Les personnes qui pratiquent régulièrement sont pour la majorité d'entre elles de confession musulmane : 66 % des musulmans ont déclaré pratiquer régulièrement contre 37 % des catholiques (Lydié 2007a).

Malgré son haut niveau d'études, cette population se caractérise par des conditions de vie et de séjour difficiles pour une partie d'entre elles, avec des

différences notables selon le sexe. Les hommes ont plus souvent déclaré une activité professionnelle que les femmes (53 % vs 43 %). Les employés et les ouvriers constituaient la majorité de la population active (83 %), les professions intermédiaires, les cadres, artisans, commerçants représentant 13 % des actifs (Lydié 2007a). Les femmes en activité sont très majoritairement des employées (85 %), alors que les hommes sont employés (44 %) et ouvriers (35 %). Enfin, un pourcentage équivalent d'hommes et de femmes se sont dit sans activité professionnelle (23 % et 19 %). Plus d'une personne interrogée sur deux a jugé sa situation financière juste ou difficile.

La majorité des personnes interrogées (59 %) ont déclaré louer le logement qu'elles occupent au moment de l'enquête (Lydié 2007a). Les hommes sont plus nombreux à vivre dans un foyer ou dans un centre d'hébergement (14 % vs 7 %), tandis qu'un nombre équivalent d'hommes et de femmes (25 %) ont déclaré être hébergés soit par de la famille, soit par des amis. En outre, une même proportion d'hommes et de femmes ne disposait que de la Sécurité sociale (35 %), alors que plus d'hommes que de femmes ont déclaré n'avoir ni couverture sociale ni mutuelle complémentaire (6 % vs 3 %) (Lydié 2007a). Parmi les personnes qui bénéficiaient d'une couverture sociale, 79 % dépendaient de la Sécurité sociale, 16 % de la Couverture Médicale Universelle (CMU) et 5 % de l'Aide Médicale d'État (AME). Enfin, 23 % des répondants avaient acquis la nationalité française, plus souvent des femmes que des hommes (28 % vs 17 %). Parmi les personnes de nationalité étrangère, 83 % peuvent être considérées en séjour stable (carte de résident, carte de réfugié, carte de séjour temporaire). Au moment de l'enquête, 12 % des personnes de nationalité étrangère de l'échantillon n'avaient pas de titre de séjour ; il s'agissait essentiellement d'hommes (14 % vs 9 % de femmes).

Malgré le taux de refus très élevé, l'échantillon constitué apparaît diversifié et reflète les positions socioéconomiques globalement défavorables de ces populations en France. La diversité de cet échantillon reposait également sur un élément moins évident du recrutement : l'attention portée à la problématique du territoire au moment de la constitution de la base de sondage et à celui du recrutement (Encadré 4, p. 95). D'une part, la base de sondage a pris en compte les différentes densités de populations africaines dans les communes, l'hypothèse sous-jacente étant que les caractéristiques des migrant·e·s variaient en fonction de la densité dans les

communes. D'autre part, le temps de circuit était inversement proportionnel à la densité des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne dans la commune afin de permettre que les personnes qui habitaient dans des endroits où il y a peu d'immigrés d'Afrique subsaharienne aient la même probabilité d'être sélectionnées que celles habitant dans des communes où la densité d'immigrés d'Afrique subsaharienne était plus élevée. Cela renvoie à l'objectif de saisir les conséquences des différences de ségrégation entre zones géographiques sur les modes d'affiliation et les réseaux sociaux. Au-delà des caractéristiques sociales classiques, cette information permettait de diversifier la population sur un critère géographique.

En l'absence d'enquête équivalente dans le contexte français, nous avons souhaité mettre en perspective ces réflexions sur le rôle de l'espace dans le recrutement avec une enquête menée en Angleterre à la même période, l'enquête *Mayisha II*. Conduite en 2004, cette enquête avait pour objectifs d'estimer la prévalence du VIH/sida, de décrire les comportements sexuels à haut risque ainsi que l'accès aux soins parmi les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne en Angleterre (Sadler, McGarrigle, *et al.* 2006; Sadler, McGarrigle, *et al.* 2007)<sup>35</sup>. Dans cette enquête qui avait privilégié une approche collaborative et un recrutement communautaire, les personnes recrutées étaient plus jeunes, plus éduquées et plus souvent célibataires que la population qu'elle représentait (Sadler, *et al.* 2006; Sadler, *et al.* 2007). Le fait que les mêmes biais soient observés dans KABP migrants et dans *Mayisha II* ne signifie pas pour autant que les populations recrutées aient le même profil. Le mode de recrutement peut avoir une incidence sur d'autres éléments de la biographie des individus que les caractéristiques sociodémographiques classiques (âge, niveau d'études et statut matrimonial). Le recrutement dans des lieux communautaires dans lesquels la concentration des populations migrantes est particulièrement importante, comme ce fut le cas dans *Mayisha II*, a probablement contribué à surreprésenter les personnes très insérées dans les communautés migrantes. Cela a sans doute un impact sur la structuration des réseaux sociaux, et donc indirectement sur les modalités de rencontre des partenaires, particulièrement importante lorsque l'on s'intéresse aux réseaux sexuels et aux pratiques préventives.

---

<sup>35</sup> Elle faisait suite à *Mayisha*, première enquête communautaire transversale sur le test de dépistage et les comportements sexuels parmi des communautés de migrants africains en Grande-Bretagne (1997-1999) **Fenton K. A., Chinouya M., Davidson O. et Copas A.** 2002 'HIV testing and high risk sexual behaviour among London's migrant African communities: a participatory research study', *Sex Transm Infect* 78(4): 241-5..

### 2.3.2. LA FIABILITÉ DES DONNÉES

---

Pour apprécier la fiabilité des réponses et donc la qualité des données, plusieurs indicateurs peuvent être mobilisés : le taux d'abandon en cours de questionnaire, le taux de non-réponses ainsi que les incohérences. Ces indicateurs renvoient en creux aux stratégies mises en place par les enquêtés pour répondre ou ne pas répondre aux questions qui leur posent problème.

Les questions peuvent être perçues comme problématiques parce qu'elles constituent une intrusion dans la vie intime (âge au premier rapport sexuel, nombre de partenaires au cours de la vie/au cours des douze derniers mois, violences sexuelles) ; parce qu'elles renvoient à des pratiques illégales (polygamie, situation irrégulière en France) ; parce qu'elles sont sensibles en raison du contexte social et politique d'un pays (pays de naissance, religion) ; parce qu'elles sont susceptibles de susciter la réprobation ou la sanction envers des comportements considérés comme déviant par rapport aux normes socio-sexuelles (homosexualité) et préventives (absence d'utilisation du préservatif, « multipartenariat », rapports sexuels non protégés en Afrique subsaharienne) ; parce qu'elles mesurent les connaissances et surtout les méconnaissances des personnes (connaissances sur les modes de transmission et de prévention).

Une première option, frontale, consiste à arrêter de répondre aux questions. Dans l'enquête KABP migrants, les abandons ont concerné 138 personnes (soit environ 7 % des personnes interrogées). Un quart a eu lieu dans la première partie du questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques ; la moitié s'est effectuée dans la partie qui portait sur les connaissances, attitudes et opinions relatives au VIH/sida ; et enfin, un quart a eu lieu à partir du module sur la sexualité. Comme observé dans d'autres enquêtes, ce sont les questions qui mesurent les connaissances qui ont entraîné le plus d'abandons tandis que les questions de sexualité n'ont pas occasionné d'abandons massifs. Se sentir évalué par des questions qui rappellent les situations d'examens (et notamment les questionnaires à choix multiples) avec la peur de ne pas donner les bonnes réponses peut être beaucoup plus angoissant que de déclarer à quel âge on a vécu son premier rapport sexuel.

Une deuxième possibilité consiste à ne pas répondre à certaines questions. Les taux de non-réponses sont inférieurs à 1 %, y compris pour des questions que l'on

aurait pu penser problématiques telles que la religion, le statut administratif, les violences sexuelles ou le fait d'avoir eu plusieurs partenaires en même temps. Bien que très peu de personnes aient déclaré des rapports sexuels avec des personnes du même sexe, cette question n'a semble-t-il pas rencontré d'opposition, les taux de non-réponses étant très faibles. Cela ne signifie pas pour autant que la déclaration des relations sexuelles avec des personnes du même sexe n'a pas été sous-estimée. S'il peut être justifié que les hommes aient interrogé des hommes et les femmes des femmes, cela constitue une présomption d'hétérosexualité : l'hypothèse sous-jacente étant qu'avec un enquêteur du même sexe, il n'y aurait pas d'interaction sexuelle et de séduction, ce qui faciliterait le déroulement du questionnaire. Cela a pu contribuer à sous-estimer la déclaration des relations sexuelles avec des personnes du même sexe.

Ces résultats confirment que le caractère sensible des questions est autant une projection des chercheurs et des enquêteurs qu'un sentiment des enquêtés. Dans un registre différent, le fait qu'un nombre important de personnes en situation irrégulière ait non seulement accepté de participer à l'enquête, mais également de dévoiler leur situation administrative semble attester que les procédures de confidentialité et d'anonymat ont été bien comprises. Le recrutement dans la rue a ainsi permis d'interroger mais surtout d'identifier une part importante de personnes en situation irrégulière sur le territoire français (11 %), équivalente à celle estimée dans la population des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne vivant en France (Lessault et Beauchemin 2009). Par comparaison, dans l'enquête *Trajectoires et Origines*, il n'a pas été possible d'identifier les personnes en situation irrégulière car l'enquête se déroulait en face-à-face au domicile des personnes, situation d'enquête pour laquelle il est difficilement envisageable de poser des questions sur le statut administratif des personnes. Dans ce cas précis, l'origine perçue de l'enquêteur a pu contribuer à rassurer les enquêtés. Ce n'est pas tant l'origine africaine des enquêteurs que la perception d'une expérience commune de la migration qui a pu créer un sentiment de connivence sur ces questions. Les personnes qui ont migré, même si elles n'ont pas toutes connu des périodes d'irrégularité administrative, sont au fait des difficultés et tracasseries administratives que connaît l'immense majorité des personnes étrangères, y compris lorsqu'elles vivent en France depuis longtemps.

Conformément à ce qui a été observé concernant les abandons, les questions de connaissances obtiennent des taux de non-réponses un peu plus élevés, en particulier parmi les personnes n'ayant pas fait d'études, mais dans la majorité des cas, ces pourcentages sont inférieurs à 5 %. *A contrario*, le taux de non-réponses très élevé concernant le statut monogamique ou polygamique de la relation actuelle (11 % pour les hommes vs 26 % chez les femmes) peut constituer un indicateur sur le fait que la polygamie ne constitue pas un comportement si « normal » que cela, au sens statistique et prescriptif du terme, parmi ces populations. Cela peut également traduire un sentiment de connivence faible avec des enquêteurs ayant des profils sociaux différents.

Enfin, une troisième possibilité consiste à donner des réponses perçues comme socialement acceptables, ce qui peut parfois amener à des incohérences dans les réponses fournies. Les 67 questionnaires qui comportaient, selon les responsables de l'enquête, trop d'incohérences ont été écartés et nous n'y avons pas eu accès. En revanche, on peut s'interroger sur le biais de désirabilité sociale concernant l'utilisation du préservatif et son lien avec l'origine géographique de l'enquêteur. D'un côté, le fait de ne pas utiliser un préservatif a pu être mieux déclaré car les enquêtés se sentaient à l'aise en face de personnes à qui ils pouvaient s'identifier. Cela pouvait créer un sentiment de confiance, permettant une parole plus libre sur ces sujets. La crainte d'être stigmatisé par un enquêteur non-Africain et de conforter les stéréotypes sur les Africains aurait pu alors conduire à sous-estimer l'absence d'utilisation du préservatif. D'un autre côté, si un sentiment d'appartenance existe dans ces populations, les comportements à risque peuvent être sous-déclarés car ils constituent une menace pour le groupe et témoignent de l'irresponsabilité des enquêtés. Concernant la norme préventive, le biais de désirabilité est-il amoindri car les enquêteurs peuvent comprendre ou, au contraire, ces comportements sont-ils sous-déclarés car mettant en danger la communauté ? Répondre à ces questions nécessiterait d'avoir des informations sur les facteurs d'identification de ces populations ainsi que sur leurs réseaux sociaux et les relations interpersonnelles dans ces groupes de la population. La question de savoir à quoi correspond cette identification est à l'évidence cruciale pour appréhender les modalités de participation à l'enquête.

La surreprésentation des migrations récentes dans cette enquête peut attester le caractère plus inséré de ces flux migratoires. En tout état de cause, ces migrants étaient plus diplômés que ceux des migrations antérieures, les personnes diplômées participant plus facilement aux enquêtes. Cette surreprésentation peut constituer un avantage au vu des objectifs de l'enquête car les personnes qui avaient migré avant les années 1980 ne constituaient pas forcément la cible principale de cette enquête. Il s'agissait en effet de cibler des populations dont la migration ne remontait pas à trop longtemps pour étudier le lien entre la trajectoire migratoire, les représentations et les pratiques. Quant à la qualité des données, elle apparaît satisfaisante au vu des taux d'abandons et de non-réponses observés dans l'enquête.



## CONCLUSION DU CHAPITRE

---

KABP migrants est une enquête de santé publique à tout point de vue : de par le contexte de la demande, de par ses objectifs et de par la méthodologie privilégiée. Mise en œuvre par l'Inpes, elle avait pour objectif de fournir des données rapidement appropriables pour mettre en place des actions de prévention, ce que traduisent les délais dans lesquels elle s'est déroulée. L'enquête est conduite durant l'été 2005, les premiers résultats sont présentés au cours de l'année 2006 tandis que la présentation aux associations et la conférence de presse se déroulent en juin 2007 au moment de la sortie de l'ouvrage. Quant à la méthodologie mise en œuvre, elle traduit la volonté de considérer ces populations à la fois comme une composante de la société française, par un recrutement aléatoire, et comme un groupe spécifique, par le recours à des enquêteurs « africains » en accord avec les recommandations du *Programme national de lutte contre Le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France (2004-2006)*. Le choix d'une enquête de type KABP s'est accompagné de la mise en œuvre d'une méthodologie originale, alliant un recrutement aléatoire à la participation d'enquêteurs africains. De cette volonté initiale concernant le caractère aléatoire du recrutement découlent les choix faits concernant les lieux d'enquête et le profil des enquêteurs.

Les critiques formulées à l'encontre de cette enquête ont porté à la fois sur les critères, les conditions et les conséquences du recrutement. Au-delà du cas singulier de cette enquête, ces critiques sont révélatrices de la difficulté à conduire des enquêtes sur les migrant·e·s et des controverses qu'elles suscitent.

Les profils des migrant·e·s de cette enquête reflètent les transformations de l'organisation migratoire en provenance d'Afrique subsaharienne : la proportion de femmes est équivalente à celle des hommes, le niveau d'instruction de ces populations est élevé et les raisons de la migration ainsi que les pays d'origine sont diversifiés par rapport aux migrations des années 1960, principalement rurales et masculines. Cette modification des profils de migrant·e·s d'Afrique subsaharienne est à prendre en compte pour analyser les trajectoires et les réseaux sexuels de ces migrant·e·s. En raison de biais de recrutement, les résultats présentés sont probablement plus « optimistes » que la réalité. Néanmoins, malgré son haut niveau

d'études, cette population est marquée par une précarité importante qui concerne aussi bien le logement et l'emploi que la situation administrative.

L'exploitation de cette enquête a fourni les premières données sur ces populations, plus de vingt ans après les débuts de l'épidémie et cinq ans après la publication du premier rapport sur la situation du sida parmi la population étrangère (Savignoni, *et al.* 1999). Malgré la richesse et le caractère inédit des données disponibles dans cette enquête, les questions portant sur la sexualité ont été largement sous-exploitées. Le manque de temps et de ressources humaines pour analyser l'enquête constitue la première raison avancée, y compris par la responsable de l'enquête, pour expliquer la faible place prise par les analyses sur les pratiques sexuelles et préventives. Cette enquête s'est faite dans des délais relativement courts et avec une équipe restreinte. Publier les résultats rapidement constituait un impératif fort puisqu'il s'agissait des premières données sur le sujet. Dans ce contexte, des arbitrages ont dû être faits sur les analyses à privilégier. Bien que les questions sur les pratiques sexuelles et préventives occupent une place non négligeable dans le questionnaire, les analyses ont été très succinctes et ne sont développées que dans un seul des chapitres de l'ouvrage.

Même si cette enquête, dans ses objectifs et dans la construction du questionnaire, témoigne d'un intérêt pour la transmission sexuelle, l'épidémie parmi les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne y est encore analysée sous le prisme de la pathologie d'importation. Les migrant·e·s étant majoritairement infectés avant d'arriver en France du fait des prévalences dans leur pays d'origine, l'intérêt se porte plus sur les questions de dépistage et d'accès aux soins. En attestent les thématiques principales de l'ouvrage publié sur l'enquête (Lydié 2007b) et, plus globalement, les recherches conduites sur les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne en France, comme rappelé précédemment.

La prochaine partie sera l'occasion de présenter le cadre théorique de notre analyse et de discuter la manière dont les enjeux de sexualité des groupes minoritaires peuvent être abordés de manière sociologique. Il s'agira de proposer une analyse des pratiques sexuelles et préventives dégagée de la problématique des spécificités culturelles et du risque.



## CHAPITRE 3

### MIGRATION ET SEXUALITÉ AU PRISME DES RAPPORTS SOCIAUX DE POUVOIR

---

Cette recherche vise à décrire et analyser les trajectoires et les réseaux sexuels des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne vivant en France. L'analyse proposée s'inscrit dans une approche sociologique de la sexualité qui conduit à appréhender les pratiques sexuelles comme des pratiques sociales (Gagnon et Simon 1973)<sup>36</sup>.

Comme rappelé dans les chapitres précédents, le sida a conduit à une nouvelle problématisation de la sexualité centrée sur (et parfois réduite à) la notion de risque (Calvez 1995; Giami 1995). Cette association entre la sexualité et le risque a particulièrement concerné certains groupes de la population, et notamment les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne, assimilés à un vecteur hétérosexuel de la transmission. Cette problématisation de la sexualité sous l'angle du risque a pesé sur la possibilité de faire émerger des recherches sur la sexualité des migrant·e·s dans le contexte français. L'analyse de la littérature internationale en santé publique vise à resituer le faible nombre de travaux observés sur ce sujet en France dans un contexte

---

<sup>36</sup> Cette approche s'est progressivement imposée dans le champ des études sociologiques sur la sexualité en France **Giami Alain** 1991 'De Kinsey au Sida : l'évolution de la construction du comportement sexuel dans les enquêtes quantitatives', *Sciences sociales et santé* 9(4): 23-55, **Bozon Michel et Léridon Henri** 1993 'Les constructions sociales de la sexualité', *Population* 48(5): 1173-1196, **Hamel Christelle** 2003 'L'intrication des rapports sociaux de sexe, de "race", d'âge et de classe : ses effets sur la gestion des risques d'infection par le VIH chez les Français descendant de migrants du Maghreb': EHESS, **Bajos Nathalie et Bozon Michel** 2008 *Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé* Paris: Editions La Découverte..

plus global, afin de mettre en exergue les axes thématiques et théoriques privilégiés dans les recherches sur la sexualité des migrant·e·s dans le champ du VIH/sida (3.1).

L'identification de la manière dont sont conceptualisés la sexualité et le risque dans ces travaux conduit à proposer un certain nombre de déplacements : du groupe à risque au fait minoritaire, de la vulnérabilité des femmes aux rapports sociaux de sexe, des comportements à risque aux contextes sociaux et relationnels dans lesquels les pratiques préventives prennent place. La seconde partie de ce chapitre vise ainsi à proposer un cadre théorique qui permet, en paraphrasant Gagnon, de considérer le sida dans la perspective de la sexualité et des migrations, et non la sexualité et les migrations dans la perspective du sida (Gagnon 1988)<sup>37</sup> (3.2). Enfin, cette thèse s'inscrivant dans une démarche quantitative, il s'agit d'explicitier la manière dont nous avons testé les hypothèses de recherche et opérationnalisé les concepts sociologiques en variables statistiques (3.3).

---

<sup>37</sup> “*Much of the research that has been undertaken is examining sexuality from the perspective of AIDS rather than AIDS in the perspective of sexuality*” **Gagnon John** 1988 'Sex research and sexual conduct in the era of AIDS', *J Acquir Immune Defic Syndr* 1(6): 593-601.

### 3.1. SEXUALITÉ ET MIGRATION DANS LA LITTÉRATURE EN SANTÉ PUBLIQUE SUR LE VIH/SIDA : LE PRISME DU RISQUE

---

L'analyse critique de la littérature sur la sexualité menée dans le cadre de cette thèse se situe dans une perspective qui considère les discours et les productions scientifiques comme des représentations et des constructions sociales, sans qu'il y ait d'opposition radicale entre la connaissance scientifique et le sens commun (Latour 1991). La science n'étant pas autonome du contexte social dans lequel elle se construit, les discours scientifiques sur la sexualité sont analysés comme une forme élaborée des représentations de sens commun : les disciplines qui étudient la sexualité sont des produits culturels et historiques dépendants des évolutions du contexte social, comme le rappellent Michel Bozon et Alain Giami dans leur présentation de l'article de John Gagnon sur *Les usages explicites et implicites de la perspective des scripts dans les recherches sur la sexualité* (Bozon et Giami 1999).

Cette analyse de la littérature vise à mettre au jour les représentations présentes dans les discours scientifiques sur la sexualité, le VIH/sida et les migrant·e·s, et de cerner les évolutions depuis le début de l'épidémie afin de repérer les thématiques principales et les axes d'analyses privilégiés. Elle permet ainsi de systématiser ce que nous avons présenté sur les enquêtes KABP dans le chapitre précédent afin de resituer ces enquêtes dans le contexte plus global de recherches sur le VIH/sida.

L'analyse de la bibliographie s'appuie sur une recension des articles publiés sur la base bibliographique *Pubmed*, principal moteur de recherche de données bibliographiques biomédicales et référence incontournable et dominante en santé publique. Elle a pour objectifs d'identifier et d'analyser les recherches en santé publique portant sur les enjeux de sexualité des migrant·e·s dans le champ du VIH/sida et a été menée à partir des articles publiés entre 1983 et 2011<sup>38</sup> disponibles sur *Pubmed* sur ces thèmes (Encadré 5).

---

<sup>38</sup> La borne temporelle inférieure (1983) correspond à la première référence qui apparaît avec les critères sélectionnés. Quant à la borne supérieure (2011), elle correspond au moment où nous avons fait cette analyse (novembre 2011). La revue de la littérature, qui constitue un processus continu tout au long de la thèse, a en effet été actualisée au moment de la rédaction du présent manuscrit.

## ENCADRÉ 5 – MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

### Stratégie de recherche

Cette recherche bibliographique s'appuie sur les termes *Mesh* (*Medical Subject Headings*) référencés dans *Pubmed*. Les termes *Mesh* sont hiérarchisés par catégories de sujets constitués en arborescence, ce qui permet de choisir le terme correspondant au niveau de généralité souhaité. On en donnera un exemple portant sur le repérage des travaux sur la sexualité. L'arborescence du terme *Mesh* « *sexuality* » est représentée de la manière suivante :

```

Psychiatry and Psychology Category
  Behavior and Behavior Mechanisms
    Behavior
      Sexual Behavior
        Sexuality
  
```

Alors que l'on s'attendait à ce que le terme « *sexual behavior* » soit compris dans le terme « *sexuality* », c'est l'inverse qui est observé, ce qui est néanmoins cohérent s'agissant d'une base de données biomédicales. Étant donné que le terme « *sexuality* » est compris dans celui de « *sexual behavior* », c'est ce dernier qui a été retenu pour repérer les travaux portant sur la sexualité.

En outre, si le terme « *migrants* » peut s'utiliser en français comme en anglais, il n'est pas sûr qu'il capte toutes les situations qui nous intéressaient. Dans la littérature anglophone, les termes « *ethnic groups* » et, dans une moindre mesure, « *racial groups* » sont usuels et peuvent désigner des personnes ayant un lien à la migration. L'inclusion de ces termes était également cohérente avec notre préoccupation pour le racisme et les discriminations. Après une recherche visant à identifier les termes *Mesh* les plus pertinents, nous avons retenu :

- pour repérer les travaux qui concernaient les migrant·e·s : « *emigration and immigration* », « *emigrants and immigrants* » et « *transients and migrants* » ;
- pour distinguer les travaux portant sur les groupes ethno-raciaux : « *ethnic groups* » et « *race relations* » ;
- pour repérer les travaux en santé publique et en sciences sociales : « *social sciences* », « *public health* », « *behavioral disciplines and activities* » et « *behavior and behavior mechanisms* ».

La commande utilisée dans *Pubmed* était la suivante :

```

("HIV infections"[Mesh] OR "HIV"[Mesh]) AND "sexual behavior"[Mesh] AND ("social sciences"[Mesh] OR "public health"[Mesh] OR "behavioral disciplines and activities"[Mesh] OR "behavior and behavior mechanisms"[Mesh]) AND ("transients and migrants"[Mesh] OR "emigration and immigration"[Mesh] OR "emigrants and immigrants"[Mesh] OR "ethnic groups"[Mesh] OR "race relations"[Mesh])
  
```

### Corpus constitué

La recherche bibliographique a permis de sélectionner 1640 références (Tableau 3-1). La majorité porte sur des « *ethnic groups* » (79 %) tandis que celles portant sur les migrant·e·s ne représentent que 26 % de l'ensemble. La prédominance des références sur les « *ethnic groups* » n'est pas surprenante s'agissant d'une littérature principalement anglophone, et notamment étasunienne avec une majorité de travaux sur les Afro-Américains. En revanche, le terme de « *race relations* » est très rare (N=7) et concerne principalement la situation en Afrique du Sud.

**Tableau 3-1 – Répartition des 1640 références sélectionnées sur *Pubmed*, par catégories**

Termes <i>Mesh</i>	Effectif	%
Emigrants and immigrants	42	2,6
Transients and migrants	202	12,3
Emigration and immigration	199	12,1
Sous-total "migrants"	420	25,6
Ethnic groups	1289	78,6
Race relations	7	0,4
Sous-total "minorité racisées"	1292	78,8
Total	1640	104,4
<p><b>Note</b> : le total des deux sous-totaux est supérieur à 100 car une référence pouvait comporter plusieurs de ces termes <i>Mesh</i>  <b>Champ</b> : références sélectionnées, 1983-2011, N=1640  <b>Source</b> : Pubmed</p>		

Pour faciliter la lecture, nous utilisons l'expression « recherches/références sur le sida » pour désigner les « références sur le sida en sciences sociales et en santé publique », et l'expression « recherches/références sur la sexualité » pour désigner les « références qui portent sur la sexualité par rapport au sida ». Pour des raisons de lisibilité, nous avons regroupé « *transients and migrants* », « *emigrants and immigrants* » et « *emigration and immigration* » sous le terme de « migrants », ainsi que « *ethnic groups* » et « *race relations* » sous le terme de « minorités racisées ». Nous privilégions ce terme à celui de groupes ethniques car il permet de mettre en avant le processus de racisation qui construit ces groupes (pour plus de précision, cf. Encadré 6, p. 141). Quant au terme générique de « groupes minoritaires », nous l'utilisons pour désigner les recherches qui portent à la fois sur les migrant·e·s et sur les minorités racisées. Nous ne faisons pas référence ici aux minorités sexuelles.



### 3.1.1. « SEXUALITÉ » ET « GROUPES MINORITAIRES » : UN LIEN PRIVILÉGIÉ EN SANTÉ PUBLIQUE

L'analyse quantitative de la littérature – en s'attachant à la cooccurrence des termes – informe sur la manière dont ont été problématisés les liens entre « sexualité » et « groupes minoritaires » et sur les évolutions au cours du temps. Cette première analyse permet de resituer les 1640 références identifiées précédemment par rapport à l'ensemble des recherches sur la sexualité et par rapport à l'ensemble des recherches sur les migrant·e·s et les minorités racisées dans le champ du sida en sciences sociales et en santé publique (Tableau 3-2).

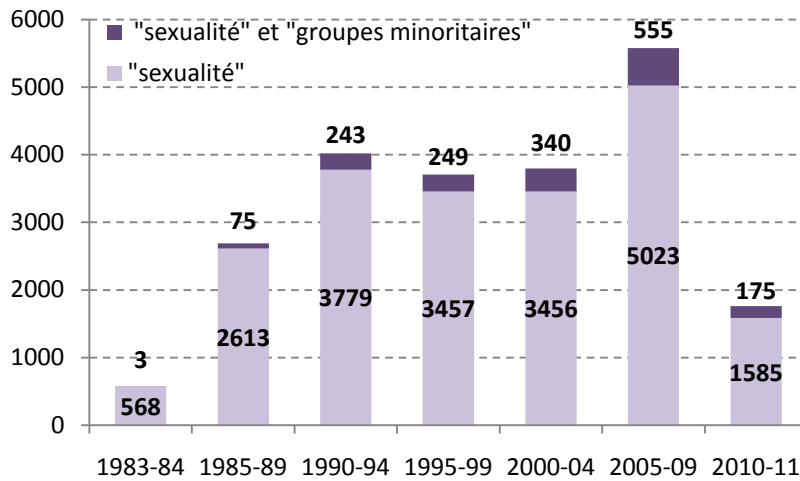
**Tableau 3-2 – Répartition des références sur les groupes minoritaires et sur la sexualité parmi les références sur le VIH/sida**

	Références sur le VIH/sida en sciences sociales et en santé publique (A)	Dont références sur la sexualité (C)	C/A, en %
Références sur le VIH/sida en sciences sociales et en santé publique (A)	123 838	20 343	16 %
Dont références sur les groupes minoritaires (B)	4 513	1 640	36 %
B/A, en %	4 %	8 %	
<p><b>Note</b> : l'expression « groupes minoritaires » désigne les migrant·e·s et les minorités racisées            Champ : références sur le VIH/sida en sciences sociales et en santé publique, 1983-2011, N=123 838  <b>Lecture</b> : parmi les 123 838 références sur le VIH/sida en sciences sociales et en santé publique, 20 343 portent sur la sexualité (soit 16 % des références)  <b>Champ</b> : ensemble des références sur le VIH/sida en sciences sociales et en santé publique, 1983-2011, N=123 838  <b>Source</b> : Pubmed</p>			

Le premier constat que l'on peut faire tient à la surreprésentation des groupes minoritaires dans les références sur la sexualité (Tableau 3-2). Parmi les références qui ont trait à la sexualité, 8 % d'entre elles portent sur des groupes minoritaires, que ce soit par le lien à la migration (2 %) ou par l'appartenance à une minorité racisée (6 %), tandis que parmi l'ensemble des références sur le sida, les groupes minoritaires ne sont mentionnés que dans 4 % des cas. Ainsi, les groupes minoritaires sont-ils deux fois plus présents dans les recherches qui portent sur la sexualité que dans les recherches qui portent sur le sida en général. En outre, les références qui associent « sexualité » et « groupes minoritaires » connaissent une

progression importante au cours du temps, en valeur absolue comme en valeur relative (Figure 3-1 et Figure 3-2). Ces références se sont stabilisées autour de 10-11 % des références sur la sexualité dans le champ du sida depuis le début des années 2000 (Figure 3-2).

**Figure 3-1 – Évolution des références comprenant les termes "sexual behavior" et "groupes minoritaires", par période**

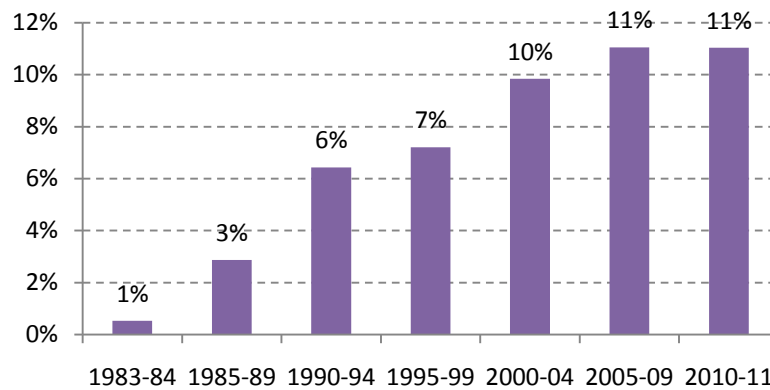


**Lecture** : sur la période 1995-99, 3457 références portent sur la sexualité dont 249 sur des groupes minoritaires

**Champ** : références sur la sexualité dans le champ du VIH/sida en sciences sociales et en santé publique, 1983-2011, N=20 343

**Source** : Pubmed

**Figure 3-2 – Évolution de la part des références comprenant les termes "sexual behavior" et "groupes minoritaires" par rapport à l'ensemble des références comprenant le terme « sexual behavior », par période**



**Lecture** : sur la période 2000-2004, 10 % des références sur la sexualité portent sur les groupes minoritaires

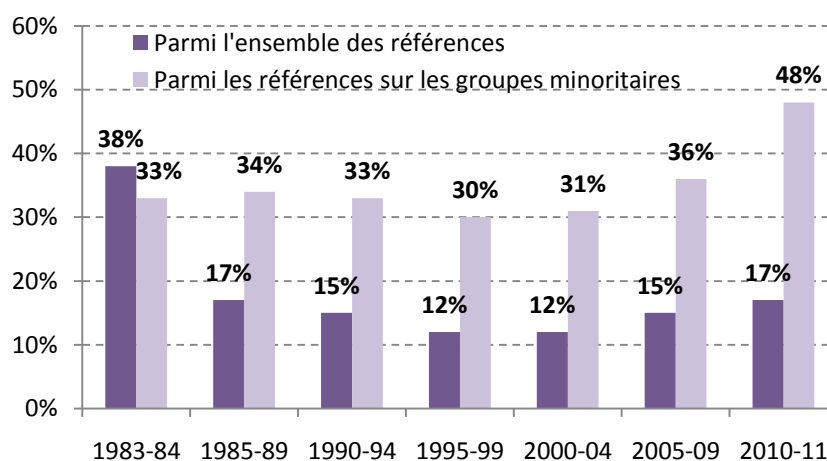
**Champ** : références sur la sexualité dans le champ du VIH/sida en sciences sociales et en santé publique, 1983-2011, N=20 343

**Source** : Pubmed

Le deuxième constat tient à la surreprésentation de la sexualité dans les références sur les migrant·e·s et les minorités racisées. Si 16 % des références sur le sida mentionnent la sexualité, ce pourcentage passe à 36 % quand ces références portent sur des groupes minoritaires (Tableau 3-2). Des variations importantes sont observées selon les groupes considérés : la mention de la sexualité concerne 40 % des références sur les « *ethnic groups* », 30 % des références sur les « *emigrants and immigrants* » et 49 % sur les « *transients and migrants* ». Ce dernier pourcentage rappelle à quel point l'épidémie du VIH/sida a été conceptualisée en référence aux déplacements et à la sexualité des populations mobiles.

Au début de l'épidémie, la part des références sur la sexualité est élevée en raison des préoccupations scientifiques et politiques pour la transmission sexuelle du virus (Figure 3-3). Puis, cette proportion diminue et la baisse se confirme dans la seconde moitié des années 1990, notamment en raison de l'arrivée des trithérapies qui ont déplacé les préoccupations scientifiques autour du VIH/sida. Ce pourcentage reste néanmoins élevé s'agissant des groupes minoritaires. À partir du milieu des années 2000, la sexualité redevient une préoccupation importante dans les recherches sur le VIH/sida, en particulier s'agissant des groupes minoritaires (Figure 3-3).

**Figure 3-3 - Évolution de la part des références comprenant le terme « sexual behavior », par période**



**Lecture** : parmi les références sur le VIH/sida en sciences sociales et en santé publique sur la période 2005-2009, 15 % comprennent le terme « sexual behavior ». Ce pourcentage passe à 36 % lorsque l'on considère plus spécifiquement les références qui portent sur les groupes minoritaires.

**Champ** : références sur VIH/sida en sciences sociales et en santé publique, 1983-2011, N=123838

**Source** : Pubmed

La cooccurrence des termes « sexualité » et « groupes minoritaires » est forte, que l'on considère la part des références qui portent sur « sexualité » et « groupes minoritaires » par rapport aux références sur la sexualité ou par rapport aux références sur les groupes minoritaires. C'est bien un lien privilégié entre la thématique de la sexualité et certaines populations que l'on observe. Cette association n'a pas diminué au fil du temps, démontrant par là l'intérêt sans cesse renouvelé pour les migrant·e·s et les minorités racisées s'agissant de la transmission sexuelle du virus. Derrière ce lien, c'est en effet une préoccupation centrale pour la transmission sexuelle du virus que l'on peut apercevoir, transmission imputée de manière privilégiée à certains groupes sociaux.

### **3.1.2. LES FIGURES RÉCURRENTES DE LA TRANSMISSION SEXUELLE DU VIRUS**

---

Dans cette partie, nous nous attacherons plus spécifiquement à l'analyse des 1640 références sélectionnées, c'est-à-dire aux références qui portent sur la sexualité des migrant·e·s ou des minorités racisées dans le champ du VIH/sida en sciences sociales et en santé publique.

L'analyse de ces références permet de poursuivre ces premières réflexions en identifiant les principales figures de la transmission sexuelle liées aux groupes minoritaires : le migrant de travail et la prostituée, d'une part, l'usager de drogue, l'homo-bisexuel et le multipartenaire des minorités racisées, d'autre part. La première figure, le couple homme migrant/femme prostituée, concerne majoritairement l'Afrique subsaharienne (et dans une moindre mesure l'Asie), tandis que les trois autres figures se rapportent principalement aux États-Unis. Au final, peu de travaux traitent de la situation en Europe. Près de la moitié de ces références portent explicitement sur des « *young* », « *adolescents* » et autres « *students* » (résultats non présentés). Dans les préoccupations autour du VIH/sida, la jeunesse est globalement perçue comme une période dangereuse (Chartrain 2010) et ce, d'autant plus que les personnes cumulent un certain nombre d'autres « déviances » sociales telles que l'homosexualité, la prostitution, l'usage de drogue...

C'est d'abord le système de migration de travail (« *migratory labor system* ») qui est incriminé. En raison de ce système, notamment en Afrique subsaharienne, les hommes sont éloignés de leur famille et ont des rapports sexuels avec des prostituées, elles-mêmes souvent migrantes, qui les contaminent (Neequaye, Neequaye, *et al.* 1986; Hunt 1989). Puis, ces hommes retournent au village où ils contaminent leur épouse. Ce sont, dans une moindre mesure, les expatriés européens en Afrique subsaharienne qui ont des rapports sexuels avec des prostituées et qui « rapportent » le sida en Europe (Bonneux, Van der Stuyft, *et al.* 1988; Hunt 1989). Le couple migration/prostitution constitue l'une des approches privilégiées pour appréhender le lien entre sexualité et migration et ce, depuis les débuts de l'épidémie. Depuis, ces modèles épidémiologique ont été critiqués et des recherches ont montré qu'ils reflétaient avant tout les moralités sexuelles populaires (Boyce, Huang Soo Lee, *et al.* 2007). C'est finalement la question de la mobilité et des allers-retours qui est au cœur de cette problématisation : l'instabilité des comportements sexuels est alors un corollaire de l'instabilité spatiale. Ce mouvement est envisagé aussi bien au niveau interne (rural/urbain) et régional (migration de travail) qu'au niveau international (expatriés). Ce ne sont pas tant les migrant·e·s qui sont le sujet de ces premières recherches que la migration comme cause de diffusion de l'épidémie.

Une autre figure importante de la transmission du sida est celle de l'utilisateur de drogue. Dès la fin des années 1980, est publié un nombre conséquent de recherches sur l'usage de drogue parmi les minorités racisées (en particulier les Afro-Américains aux États-Unis) comme facteur de transmission du sida, que ce soit par le partage de seringue ou par les comportements sexuels dits à risque (prostitution, absence d'utilisation du préservatif, homosexualité). Si l'usage de drogue concerne les hommes comme les femmes, les femmes sont également identifiées comme partenaires d'utilisateurs de drogue (Corby, Wolitski, *et al.* 1991; Abdul-Quader, Des Jarlais, *et al.* 1992; Fenaughty, Fisher, *et al.* 1998; He, McCoy, *et al.* 1998).

L'homosexualité et la bisexualité masculine sont présentes dans une partie conséquente de ces références (environ un tiers) et concernent presque exclusivement la situation aux États-Unis. L'appréhension de l'homosexualité en lien avec l'appartenance à une minorité racisée a beaucoup évolué au cours des années quatre-vingt-dix aux États-Unis. Dans un premier temps, les données de surveillance ainsi que les enquêtes traitent des homosexuels masculins et des minorités racisées comme

de groupes exclusifs : on est soit homosexuel soit Noir. Puis, des recherches prennent en compte le fait que certains homosexuels appartiennent à des minorités racisées et comparent la situation des homosexuels blancs, noirs et hispaniques (Easterbrook, Chmiel, *et al.* 1993). Plus récemment, des recherches ont été conduites auprès des homosexuels de minorités racisées<sup>39</sup> (Sanitioso 1999; Diaz, Ayala, *et al.* 2000). Parallèlement à cette évolution, les « *homosexuals* » et « *bisexuals* » du début des années 1990 sont devenus des « *men who have sex with men* » (MSM) au milieu des années 1990.

La figure du *Down Low*, c'est-à-dire des hommes afro-américains qui ont des rapports sexuels avec des hommes et qui ont également des relations hétérosexuelles, émerge dans la littérature scientifique au milieu des années 2000 (Miller, Serner, *et al.* 2005; Millett, Malebranche, *et al.* 2005; Bond, Wheeler, *et al.* 2009). Ces hommes ne se considèrent pas comme gays ou bisexuels mais avant tout comme Noirs. Le *Down Low* n'est pas une forme dérivée de l'identité gay mais bien une identité oppositionnelle à la norme gay considérée comme blanche (Collins 2005). Les recherches sur ces hommes identifiées dans cette analyse de la littérature adoptent le répertoire de la duplicité et de l'inconséquence : ces hommes cachent leurs pratiques sexuelles avec des hommes et contaminent leur épouse. D'autres recherches ont néanmoins critiqué cette catégorie et ont mis en exergue ses effets contre-productifs, s'agissant notamment de la stigmatisation des pratiques sexuelles et de l'occultation des conditions sociales de la transmission du VIH/sida (Saleh et Operario 2009). La bisexualité est constituée, plus que l'homosexualité, comme un comportement sexuel problématique en ce qu'elle peut faire circuler le virus entre un « groupe à risque » (les homosexuels) et la population dite générale, c'est-à-dire hétérosexuelle. La bisexualité des migrant·e·s en Afrique subsaharienne a également été avancée comme cause de la diffusion du sida au début de l'épidémie car elle transgresse les frontières des sexualités et constitue à ce titre une menace (Frank, Weiss, *et al.* 1985; Selik, Castro, *et al.* 1988b; Selik, Castro, *et al.* 1989).

Une dernière catégorie qui renvoie également à la transgression des frontières – sociales, raciales et temporelles cette fois-ci –, c'est celle du « *social mixing* » et du

---

<sup>39</sup> La manière dont est appréhendée l'appartenance à une minorité racisée dans ces recherches est révélatrice de la façon dont a été appréhendée l'origine dans les recherches sur la sexualité. Il s'agit dans un premier temps d'une caractéristique exclusive de l'orientation sexuelle, puis elle devient une caractéristique associée à une catégorie (l'homosexualité). Dans un second temps, l'origine accède au statut de variable de croisement et enfin à celle de variable d'intérêt.

« *temporal mixing* » (Adimora et Schoenbach 2002; Adimora, Schoenbach, *et al.* 2003; Adimora, Schoenbach, *et al.* 2006; Bohl, Raymond, *et al.* 2009). Les personnes qui ont plusieurs partenaires en même temps et dans des groupes sociaux différents sont considérées comme des vecteurs de la transmission sexuelle. Cette figure, minoritaire dans la littérature, est la seule qui prend explicitement en compte les déterminants structurels de la transmission, *via* la structure des réseaux sexuels et son rôle dans l'exposition au risque de transmission. Néanmoins, dans la majorité de ces travaux, c'est le « multipartenariat » comme « comportement à risque » plus que la structure des réseaux sexuels qui est au cœur de l'analyse (Adimora, *et al.* 2003; van Veen, Kramer, *et al.* 2009; van Veen, Schaalma, *et al.* 2011).

Finalement, des associations privilégiées se lisent entre certains comportements et certaines populations : prostitution et migration, d'une part, usage de drogue et appartenance à une minorité racisée, d'autre part. Si l'on observe des déclinaisons selon qu'il s'agit de migrant·e·s (plutôt en Europe) ou de minorités racisées (majoritairement Afro-Américains), les cadres théoriques mobilisés et les préoccupations sous-jacentes sont globalement les mêmes et justifient *a posteriori* de considérer ensemble ces travaux. En outre, les figures identifiées se retrouvent tout au long de la période et leur part relative n'a pas vraiment évolué. Les travaux sur les homosexuels masculins sont prédominants, suivis de ceux sur la prostitution et de l'usage de drogue. Ces figures de la transmission sexuelle du virus sont majoritairement sous-tendues par une approche comportementale et individuelle de la sexualité.

### **3.1.3. UNE APPROCHE COMPORTEMENTALE ET INDIVIDUELLE DE LA SEXUALITÉ**

---

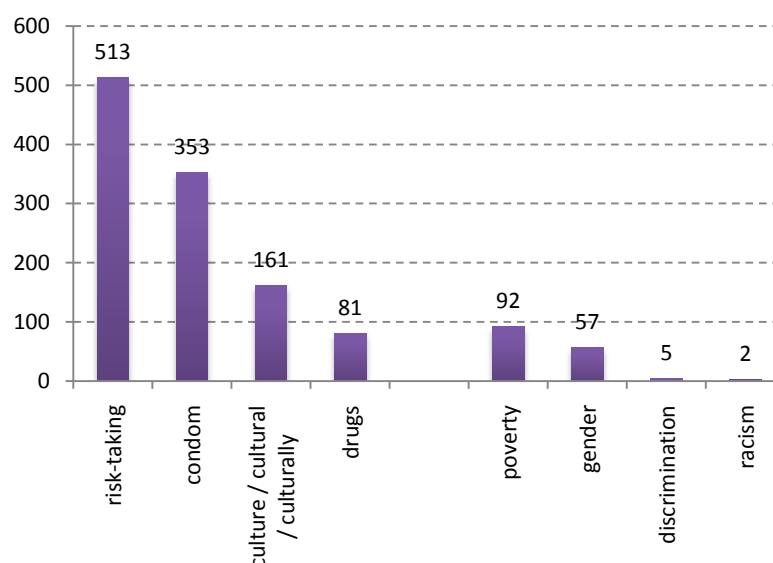
La mise en avant de facteurs comportementaux dans la diffusion de l'épidémie a conduit à la mise en place des enquêtes KABP à partir de 1987, comme nous l'avons rappelé dans le deuxième chapitre. Ces enquêtes comportementales ont permis d'établir les caractéristiques sociales et démographiques des personnes qui s'exposent au risque et vont constituer le modèle, la plupart du temps, implicite des recherches sur la sexualité par rapport au sida.



À partir du début des années 1990, une floraison d'enquêtes sur les comportements sexuels à risque, voire à haut risque (HRSB pour *High Risk Sexual Behavior*) sont menées aux États-Unis, notamment auprès des minorités racisées distinguées en autant de sous-groupes que de déviances sociales : jeunes, drogués, prostituées, détenus, mères célibataires. Toutes les combinaisons sont possibles et donnent lieu à un nombre de publications dont le foisonnement quantitatif n'a d'égal que la pauvreté conceptuelle (Rapkin et Erickson 1990; Corby, *et al.* 1991; Harrison, Wambach, *et al.* 1991; Jemmott et Jemmott 1991; Hinkle, Johnson, *et al.* 1992; Johnson, Gant, *et al.* 1992; Johnson, Hinkle, *et al.* 1992; Peruga et Rivo 1992; Watkins, Metzger, *et al.* 1992; Ford et Norris 1993; St Lawrence 1993; Morrison, Baker, *et al.* 1994; Steiner, Shields, *et al.* 1994; Canterbury, McGarvey, *et al.* 1995).

L'absence de références théoriques explicites de ces travaux renvoie à une conception comportementale de la sexualité (Bajos et Ludwig 1995). Sans être toujours explicite, c'est le modèle KABP qui prévaut dans la majorité de ces recherches. Ainsi, plus de 20 % des références sélectionnées dans cette revue de la littérature portent sur les connaissances et attitudes des personnes vis-à-vis du VIH/sida (résultats non présentés).

**Figure 3-4 – Occurrence de quelques mots-clés significatifs dans la base bibliographique**



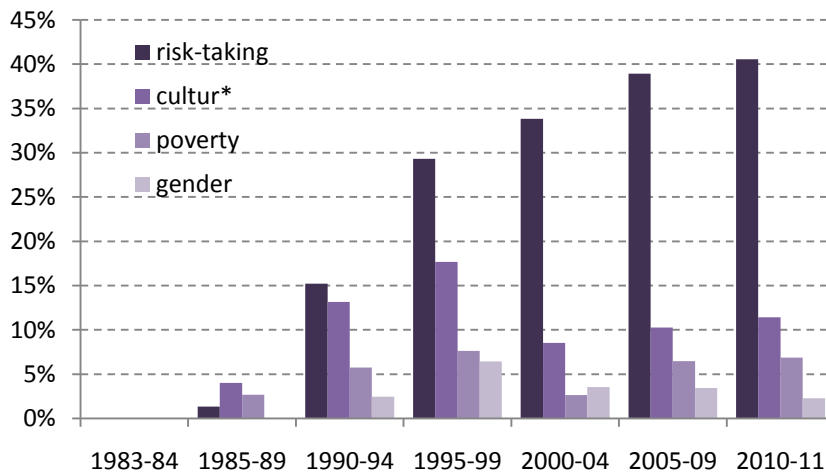
**Champ** : ensemble des références, 1983-2011, N=1640

**Source** : Pubmed

L'approche de la sexualité et du risque qui prévaut dans ces recherches sur le VIH/sida est centrée sur les comportements individuels, les déviances sexuelles et sociales et les obstacles culturels – dont les figures mises en avant précédemment constituent une illustration –, et laissent peu de place aux analyses structurelles qui prennent en compte les rapports sociaux de domination, et en particulier le racisme, les discriminations et les rapports de genre. En témoigne l'occurrence de mots-clés traduisant des déterminants individuels de la transmission (tels que « *risk-taking* ») au détriment de ceux qui font référence à des déterminants structurels (tels que « *poverty* », « *discrimination* ») (Figure 3-4). Peu de recherches portent sur les situations qui produisent le risque, sur la rationalité de la non-protection, sur les facteurs qui contraignent les choix... Dans ce contexte, les recherches sur les déterminants individuels de la prise de risque sont conduites au détriment d'approches prenant en compte des déterminants sociaux plus larges car ces recherches postulent que le changement doit venir des conduites individuelles. Et cette tendance ne s'est pas démentie au cours de la période étudiée (Figure 3-5). Ainsi, le mot-clé « *risk-taking* » est non seulement prédominant dans ces recherches mais, en outre, la proportion de recherches qui le mentionnent ne fait qu'augmenter

au cours de la période, passant de 15 % au début des années 1990 à près de 35 % au début des années 2000. Sur la même période, les références qui mentionnent la pauvreté stagnent autour de 5 %.

**Figure 3-5 – Répartition des mots-clés « risk-taking », « cultur\* », « poverty » et « gender », par période**



**Champ** : ensemble des références, 1983-2011, N=1640

**Source** : Pubmed

Cette réduction de l'analyse au niveau individuel n'est pas propre aux recherches en santé publique sur les migrant·e·s et sur les minorités racisées, et des parallèles peuvent être faits avec les recherches sur la sexualité d'autres groupes sociaux touchés par l'épidémie de VIH/sida, tels que les usagers de drogue, les prostituées ou les gays. Mais alors que les gays ont pu se saisir, du moins partiellement, des recherches sur leur sexualité, ce processus d'appropriation reste plus difficile pour les minorités racisées car leur identité sociale n'est pas construite autour de la sexualité et, également, en raison de leur faible insertion dans le milieu de la recherche.

À l'issue de cette analyse, il apparaît que ces recherches sur la sexualité dans le champ du VIH/sida se caractérisent par une hyper-visibilité des migrant·e·s et des minorités racisées. La sexualité de ces groupes est perçue comme un risque pour les membres de la population majoritaire. C'est le registre de la pathologie d'importation, du groupe à risque et de la diffusion qui prévaut alors. Aux États-Unis, les recherches portent sur les frontières internes et sur le rôle des *bridge*

*populations* et des *core groups* tandis qu'en Europe, ce sont les frontières internationales et le lieu de la contamination qui sont au cœur des préoccupations. *Bridge populations* et « allers-retours au pays » constituent les deux faces d'une même problématique. La sexualité de ces populations constitue également un risque pour elles-mêmes. C'est alors le vocabulaire des pratiques à risque, voire à haut risque qui prévaut<sup>40</sup>. La culture constitue alors un registre privilégié d'explication permettant de rendre compte de ces pratiques sexuelles à risque, pratiques qui s'accompagnent d'un certain nombre de déviances sociales (drogue, prostitution, prison, pauvreté...). Enfin, la sexualité de ces populations représente un risque pour les femmes, qu'elles appartiennent ou non à ces groupes. C'est alors le registre de la vulnérabilité individuelle qui prévaut, registre qui contribue à masquer les rapports sociaux de sexe. Groupe à risque et imputation collective, comportement à risque et imputation individuelle, vulnérabilité au risque et imputation culturelle, tels sont les trois registres d'appréhension du risque dans ces recherches. Ces définitions du risque ne sont pas spécifiques aux migrant·e·s et se retrouvent en particulier dans les recherches sur le sida en Afrique (Delaunay 1999).

Cette analyse de la littérature en santé publique révèle la prégnance d'une vision épidémiologiste de la sexualité, à la fois comportementale et individuelle, qui conduit à appréhender la sexualité de ces populations sous le prisme du risque qu'elles représentent pour la population majoritaire. Ces approches de la sexualité ont largement été critiquées dans le champ des sciences sociales (Bajos et Ludwig 1995; Calvez 1995). Comme le rappelle John Gagnon dans un article sur *Les théories de la sexualité à risque*, la question qui traverse ces travaux, « *Pourquoi les individus sont-ils différents dans leurs dispositions à s'engager dans des conduites sexuelles à risque ?* » est une hypothèse restreinte (Gagnon 2008) : en effet, seuls certains exemples concrets du croisement entre le risque et la sexualité peuvent être utilisés pour vérifier une théorie selon laquelle les différences individuelles sont à l'origine de différences dans la prise de risques sexuels. Pour cet auteur, les liens théoriques entre les individus, les dispositions, le risque et la sexualité seraient plus convaincants si la même logique était appliquée à d'autres domaines de la sexualité,

---

<sup>40</sup> La déclinaison anthropologique des pratiques à risque sont les pratiques culturellement prescrites.

telles que les violences sexuelles envers les femmes et les abus sexuels sur les enfants.

Cette analyse de la littérature a confirmé que les écueils identifiés dans les travaux épidémiologiques sur la sexualité dans le champ du VIH/sida se retrouvaient dans les recherches sur les migrant·e·s et les minorités racisées. La sexualité est triplement réduite à ses aspects comportementaux, au niveau individuel et à la question du risque de transmission. S'inscrire dans une approche sociologique de la sexualité conduit, au contraire, à considérer que les faits sexuels ne se réduisent pas aux comportements : ils comprennent des actes, des relations et des significations (Gagnon et Simon 1973). Il s'agit également de prendre en compte les déterminants sociaux plus larges qui organisent les pratiques sexuelles sans se focaliser sur les comportements individuels à risque.

## **3.2. UNE APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA SEXUALITÉ : TRAJECTOIRE MIGRATOIRE, RAPPORTS SOCIAUX ET ANALYSE CULTURELLE DU RISQUE**

---

Cette partie a pour objectif de présenter les travaux mobilisés pour analyser les trajectoires et les réseaux sexuels des migrant·e·s d’Afrique subsaharienne vivant en France.

### **3.2.1. LES SCRIPTS SOCIAUX DE LA SEXUALITÉ : UNE PERSPECTIVE DYNAMIQUE ET PLURIDIMENSIONNELLE**

---

S’inscrire dans une approche sociologique de la sexualité nous a conduits à mobiliser la perspective des scripts de la sexualité<sup>41</sup> élaborée par John Gagnon et Williams Simon à partir de la fin des années 1960 aux États-Unis, notamment dans leur ouvrage *Sexual Conduct. The Social Sources of Human Sexuality* (Gagnon et Simon 1973). Cette perspective postule que les conduites sexuelles, en tant que conduites sociales, sont produites par un ensemble de scripts qui se déclinent à différents niveaux en interaction les uns avec les autres : les scripts culturels, les scripts interpersonnels et les scripts intrapsychiques.

Dans leur présentation de l’article de John Gagnon sur les scripts de la sexualité, Michel Bozon et Alain Giami identifient les traits caractéristiques de ces scripts ainsi que leurs relations (Bozon et Giami 1999) : les scénarios culturels sont « *des prescriptions collectives qui disent le possible ainsi que ce qui ne doit pas être fait en matière sexuelle* », c’est-à-dire ce qui est valorisé, autorisé et interdit. Ces scripts « *ne sont pas entièrement prédictifs de la réalisation des conduites effectives [...] ils ne fonctionnent qu'en faisant l'objet d'une interprétation de la part des acteurs sociaux, d'un côté au niveau intrapsychique et de l'autre au niveau interpersonnel, au moment de la négociation des conduites* » ; les scripts intrapsychiques « *utilisent des éléments d'origines très diverses – éléments symboliques fragmentaires,*

---

<sup>41</sup> J'utilise l'expression « scripts de la sexualité » plutôt que « script sexuel » car ces scripts ne se réduisent pas aux questions de sexualité et peuvent concerner des domaines non explicitement sexuels. Je remercie Alain Giami pour cet éclairage qui m'a permis de préciser l'usage de ce terme.

*scénarios culturels plus largement partagés, éléments d'expérience personnelle - et les organisent en des schèmes cognitifs structurés qui prennent la forme de séquences narratives, de projets, de fantasmes sexuels. Ils coordonnent la vie mentale et le comportement social, et opèrent la reconnaissance des situations sexuelles »* ; quant à la dimension interpersonnelle, elle renvoie aux interactions sociales qui « *se composent de séquences ritualisées et bien connues d'actes qui interviennent dans la rencontre et la séduction, provoquent l'excitation et coordonnent la réalisation pratique des rapports sexuels* ». Les scripts interpersonnels constituent ainsi l'interface entre les scripts culturels et intrapsychiques.

Parce qu'elle s'intéresse aux écarts et aux congruences entre les différents niveaux des scripts, cette perspective prend tout son sens lorsque l'on travaille sur des personnes migrantes car ces personnes sont confrontées à un réajustement de leurs scripts. Il s'agit en outre de tenir compte du caractère dynamique de ces scripts et du fait que l'importance relative des différents niveaux, ainsi que les liens entre eux, varient selon la situation sociale et historique (Bozon et Giami 1999). Prendre en compte ces trois niveaux, leur interrelation et leur caractère dynamique permet d'éviter le culturalisme dans l'analyse des pratiques sexuelles et préventives des migrant·e·s car les scénarios culturels ne suffisent pas à rendre compte des pratiques des personnes et que ces scénarios ne sont pas statiques. S'agissant de personnes qui ont migré, cela permet de contredire l'idée que les scénarios culturels qui ont cours dans leur pays de naissance constituent un cadre d'analyse pertinent de leurs pratiques sexuelles et préventives.

Ainsi, les scénarios culturels varient selon les sociétés et l'activité sexuelle y est associée à des significations différentes. En raison du changement de contexte social induit par la migration, ces personnes sont confrontées à de nouveaux scénarios culturels, concernant notamment les relations entre les sexes et les liens qui existent entre la sexualité, la conjugalité et la reproduction, même si l'injonction à une sexualité hétérosexuelle, conjugale et/ou maritale apparaît comme le cadre général en France comme dans les pays d'origine de ces personnes. Le changement de contexte social implique de s'intéresser au contexte de socialisation (dimension intrapsychique) et au fait que les personnes peuvent rencontrer des partenaires ayant d'autres scénarios culturels (dimension interpersonnelle). Au niveau intrapsychique,

la coexistence des différents scénarios culturels ne se construit pas de la même manière selon que la socialisation des personnes s'est principalement effectuée dans le pays d'émigration ou d'immigration, mais également selon le sexe. Le poids des socialisations primaire et secondaire varie fortement selon le moment où la migration se situe dans la trajectoire des personnes. Comment vont se situer des migrant·e·s et des migrantes par rapport aux scénarios culturels de leur pays de départ et du pays d'arrivée ? On fait l'hypothèse que l'influence respective des différents scénarios culturels dépend de la durée de la socialisation dans les différents contextes. Enfin, au niveau interpersonnel, la rencontre de partenaires d'autres origines géographiques conduit à une confrontation avec des personnes ayant des scénarios culturels différents.

La perspective des scripts de la sexualité permet de penser la sexualité de manière dynamique et de considérer différents niveaux d'analyse et leurs interactions. Si nous suivons Gagnon lorsqu'il avance que le système des scripts peut se complexifier dans des situations de contact culturel telles que la colonisation ou la migration (Gagnon 1997), ces processus gagnent à être appréhendés sous l'angle des rapports sociaux de domination entre groupe majoritaire et groupes minoritaires plutôt que sous l'angle de la culture. Si la perspective des scripts de la sexualité conduit à envisager les expériences sexuelles des migrant·e·s de manière dynamique, la sociologie du fait minoritaire et des rapports sociaux de sexe constituent des points d'appui théoriques nécessaires pour analyser les expériences sexuelles et les pratiques préventives des migrant·e·s sous l'angle des rapports sociaux de domination, et non des spécificités culturelles.

### **3.2.2. LES MIGRANT·E·S D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE : DES TRAJECTOIRES DIVERSIFIÉES, UNE CONDITION COMMUNE**

---

Bien que notre recherche porte sur des personnes ayant connu l'expérience de la migration, nous ne nous référons pas exclusivement aux travaux sur les migrations car ceux-ci ne prennent pas forcément en compte l'expérience du racisme et des discriminations (Bertheleu 1997). Pour décrire et analyser l'expérience migratoire



des migrant·e·s d’Afrique subsaharienne, nous proposons une synthèse théorique articulant les travaux d’Abdelmayek Sayad sur la condition d’émigré/immigré (Sayad 1999), ceux de Christelle Hamel sur les rapports de pouvoir entre groupe majoritaire et groupe minoritaire (Hamel 2003; Hamel 2005), ainsi que ceux de Pap Ndiaye sur la condition noire (Ndiaye 2008). L’articulation de ces recherches sur l’expérience migratoire et sur le fait minoritaire permet d’analyser les trajectoires sexuelles et préventives de ces migrant·e·s en tenant compte à la fois de la diversité de leurs trajectoires et d’une possible condition commune. Les travaux mobilisés répondent à un double objectif : réinscrire les expériences sexuelles des migrant·e·s au sein de leur trajectoire migratoire, et étudier dans quelle mesure ces migrant·e·s peuvent être considérés comme un groupe social.

### **La migration : une trajectoire individuelle qui prend place au sein de rapports de force Nord/Sud**

Dans cette partie, nous présentons les travaux qui permettent de prendre ses distances avec les analyses culturalistes concernant l’étude des pratiques sexuelles des migrant·e·s en resituant leurs expériences sexuelles au sein de leur trajectoire migratoire.

Dire que l’on ne s’inscrit pas préférentiellement dans la sociologie des migrations ne signifie pas pour autant que l’on néglige l’expérience sociale de la migration. À la suite des travaux d’Abdelmayek Sayad, il s’agit de considérer la migration sous deux angles, celui des rapports de pouvoir et celui de la trajectoire. Plus exactement, la migration constitue une expérience sociale individuelle et collective qu’il s’agit de resituer dans un rapport de force Nord / Sud.

Les travaux d’Abdelmayek Sayad invitent à considérer la migration internationale comme le produit d’un rapport de force entre pays riches et pays pauvres, rapport souvent redoublé par l’opposition entre pays anciennement colonisateurs et pays anciennement colonisés (Sayad 2006b). Ce rapport de force se reflète dans les termes utilisés pour désigner ce phénomène et les personnes qui le vivent, l’immigration et les immigrants (Sayad 2006a). Ces termes tronqués amputent le phénomène migratoire de son autre moitié, à savoir l’émigration et les émigrés, et limitent la compréhension de ces phénomènes en se focalisant sur une partie du processus et en réduisant l’expérience des personnes concernées.

Considérer la migration sous l'angle des rapports de pouvoir permet de ne pas s'enfermer dans la description d'un groupe, avec les risques inhérents d'essentialisation et de réification, mais de porter l'attention sur les rapports de pouvoir et l'interaction inégalitaire qui produisent des frontières entre groupes sociaux. S'agissant de notre recherche, le rapport de domination met en présence une ancienne puissance coloniale, la France, et des pays anciennement sous domination coloniale (principalement par la France, mais également par d'autres pays européens). Les migrations en provenance d'Afrique subsaharienne s'inscrivent dans des rapports de domination économique et politique qui jouent sur les conditions et les possibilités de migration et sur les conditions de vie en France.

En outre, les recherches d'Abdelmayek Sayad attachent une importance particulière à la question des différentes générations face à l'immigration. Pour cet auteur, c'est la seconde génération – c'est-à-dire celle des personnes nées en France de parents émigrés – qui a contribué à faire exister la première, c'est-à-dire les personnes qui ont effectivement migré (Sayad 1979a; Sayad 1979b). La problématique de l'intégration des descendants d'immigrés a en effet rendu visible et fait apparaître la génération des parents<sup>42</sup>.

La prise en compte des différentes générations face à l'immigration est centrale dans notre recherche car elle permet de distinguer des personnes ayant été socialisées dans différents contextes et cela bien que, paradoxalement, l'enquête mobilisée porte uniquement sur des personnes ayant migré et non sur des descendants de migrant-e-s. Néanmoins, la diversité des trajectoires migratoires de la population enquêtée a conduit à s'intéresser aux différentes générations face à l'immigration afin de mettre au jour le rôle du contexte de socialisation sur les trajectoires sexuelles et préventives. L'expérience des personnes ayant migré pendant leur enfance – souvent désignées par le terme de « génération 1.5 » (*generation and a half*) (Warner et Srole 1945) – fournit des pistes pour appréhender l'expérience des secondes générations. Du fait de leur jeune âge à la migration, ces personnes ont probablement pris une faible part dans le processus de décision de migrer. En outre, elles ont principalement

---

<sup>42</sup> Une précision s'avère ici nécessaire sur la terminologie de « générations » dans les travaux sur les migrations. Parler de « première génération », c'est faire référence aux personnes qui sont les premières générations de leur famille à vivre dans le pays d'immigration. L'expression « seconde génération », quant à elle, désigne les personnes qui sont les secondes générations de leur famille à vivre dans le pays d'immigration. De ce fait, l'expression « première génération de migrants » est tautologique tandis que l'expression « seconde génération de migrants » est oxymorique.

été socialisées en France, ce qui peut rapprocher leur expérience des personnes nées en France. Alors que dans les travaux d'Abdelmayek Sayad, c'est la seconde génération qui faisait exister la première, dans notre recherche, c'est la génération 1.5 qui amène à la seconde génération en raison des similitudes de leur expérience migratoire.

Dans une recherche sur des femmes migrantes d'Afrique subsaharienne séropositives vivant en France, Dolorès Pourette met en exergue la manière dont la trajectoire migratoire construit l'expérience de la maladie et reconfigure les relations de couple et la sexualité parmi ces femmes (Pourette 2008). Les trajectoires migratoires liées à l'expérience de la maladie correspondent à différents types de relations : les femmes mariées qui sont en France depuis longtemps vivent leur maladie comme étant essentiellement un problème conjugal qui peut renforcer les relations inégales entre les partenaires ; les femmes qui ont découvert leur séropositivité peu après leur arrivée en France, pour lesquelles le VIH/sida conduit à l'isolement social, à modifier les projets migratoires, et à une plus grande vulnérabilité ; enfin, celles qui ont émigré pour accéder à un traitement médical et pour lesquelles le virus est à la fois la force motrice qui conduit les stratégies migratoires et qui produit une nouvelle socialisation en France autour du VIH/sida

Les émigrés/immigrés sont « produits et victimes de cette double histoire » : histoire de la colonisation et de l'émigration-immigration (Sayad 1999). Les processus émigration/immigration renvoient à des réalités différentes mais imbriquées. L'émigration se comprend dans le contexte de l'après-colonisation et dans les contextes socioéconomiques et politiques des pays de départ, tandis que l'immigration ne peut être appréhendée sans tenir compte des politiques migratoires et des discriminations raciales. Tenir compte de la trajectoire des personnes est essentiel car cela permet d'appréhender les différences dans les contextes de socialisation et de considérer les personnes comme des émigrés et pas seulement comme des immigrés. Cela permet une vision plus complète de leur expérience mais n'est pas suffisant pour traduire l'ensemble des rapports de pouvoir qui structurent leur expérience. Si les différences dans l'expérience migratoire seront considérées – en particulier selon l'âge à la migration –, l'expérience d'une condition minoritaire peut contribuer à rapprocher le vécu des personnes. Cela amène à considérer les

travaux qui ont appréhendé la question des rapports de pouvoir entre groupe majoritaire et groupe minoritaire.

### **La condition minoritaire : position subalterne, racisation et expérience commune**

Les travaux de Christelle Hamel sur les relations entre groupe majoritaire et groupes minoritaires constituent le point de départ de notre réflexion qui s'est trouvée enrichie de ceux de Pap Ndiaye sur « la condition noire ». Ces travaux invitent à tenir compte de l'expérience du racisme et des discriminations dans le vécu de la sexualité, d'une part, et dans la construction d'un groupe social, d'autre part.

Dans sa thèse sur la gestion des risques d'infection par le VIH chez les Français descendant de migrant·e·s du Maghreb, Christelle Hamel propose une conceptualisation théorique des rapports entre groupe majoritaire et groupes minoritaires qui s'appuie à la fois sur les travaux sur l'ethnicité et sur le racisme (Hamel 2003). Se situant dans une approche matérialiste, cette recherche s'intéresse aux effets des structures sociales sur les identités et pratiques individuelles. Ses travaux articulent la question des relations interethniques dans une perspective interactionniste (Barth 1969), celle du racisme postcolonial (Memmi 1957) et celle des rapports de pouvoir entre groupe majoritaire et groupes minoritaires (Guillaumin 1972; Guillaumin 1992) pour appréhender les frontières entre groupes sociaux sous l'angle des rapports de pouvoir.

Christelle Hamel s'appuie sur les travaux de Fredrik Barth qui a proposé une conception relationnelle et dynamique de l'ethnicité appréhendée comme une forme d'interaction sociale<sup>43</sup> (Barth 1969). Pour cet auteur, l'analyse des lignes de démarcation entre les groupes prend alors tout autant d'importance que l'étude des groupes eux-mêmes. Il s'agit de voir comment les frontières sont produites et

---

<sup>43</sup> D'une approche objectiviste dans les années 1940-1950, le concept d'ethnicité va évoluer vers une dimension subjectiviste pour accéder au rang de paradigme scientifique pertinent dans les sciences sociales anglo-saxonnes. Six théories principales de l'ethnicité peuvent être distinguées : l'ethnicité comme donnée primordiale (les théories primordialistes et culturalistes), l'ethnicité comme extension de la parenté (le paradigme sociobiologique), l'ethnicité comme expression d'intérêts communs (les théories instrumentalistes et mobilisationnistes), l'ethnicité comme reflet des antagonismes économiques (les théories néo-marxistes), l'ethnicité comme système culturel (les approches néo-culturalistes) et l'ethnicité comme forme d'interaction sociale. C'est dans cette dernière perspective que s'inscrit Fredrik Barth. **Poutignat Philippe et Streiff-Fénard Jocelyne** 2008 *Théories de l'ethnicité*: PUF.

reproduites par les acteurs au cours des interactions sociales, comment ces frontières se maintiennent et comment elles sont l'objet de manipulations par les acteurs sociaux. Néanmoins, en raison de son caractère centré sur les négociations interindividuelles, les relations de pouvoir, de domination et d'inégalité, qu'elles soient sociales, économiques ou politiques, sont peu prises en compte dans la perspective développée par cet auteur.

Le cadre théorique proposé par Christelle Hamel intègre la question du racisme et des discriminations pour penser les relations entre les groupes sociaux sous l'angle des rapports de pouvoir. Cela invite à envisager l'expérience des descendants d'immigrés comme le produit d'une condition minoritaire liée à l'histoire de la colonisation et à l'expérience du racisme et des discriminations. Si les populations considérées ne sont pas les mêmes (descendants d'immigrés du Maghreb *vs* migrant·e·s d'Afrique subsaharienne), cette conceptualisation théorique s'avère particulièrement heuristique en ce qu'elle permet de penser les frontières entre groupes sociaux à la fois de manière non essentialiste et sous l'angle des rapports de pouvoir. Cela conduit également de penser la culture de façon dynamique, produit des changements de contexte et des transformations des conditions de vie.

Bien que les travaux de Pap Ndiaye ne portent pas sur la sexualité, ses réflexions sur le rôle des discriminations et du racisme dans la construction d'une éventuelle condition noire nous ont été utiles pour appréhender ces migrant·e·s comme un groupe social. La thèse développée par cet auteur dans son livre intitulé *La condition noire. Essai sur une minorité française* est qu'il existe en France une minorité noire, c'est-à-dire un groupe de personnes qui partagent l'expérience sociale d'être considérées comme Noires (Ndiaye 2008). Cette minorité ne correspond pas à une communauté de culture mais se définit par une position raciale et un statut minoritaire dans la société : il s'agit d'une communauté d'expérience. Si ces travaux portent sur l'ensemble des Noirs, qu'ils soient Africains ou Antillais, et quel que soit leur lien à la migration<sup>44</sup>, la thèse défendue dans ce livre permet d'analyser

---

<sup>44</sup> Les parallèles tissés dans l'ouvrage de Pap Ndiaye entre les migrations en provenance des DOM-TOM et des pays africains permettent de faire ressortir les convergences et les divergences dans ces courants migratoires. Comme les Antillais, l'essor des migrations africaines se fait à partir des années 1960 et ces migrants s'établissent majoritairement en Île-de-France. Mais un élément fondamental distingue ces deux populations, c'est leur rapport à la citoyenneté française. La disparité juridique entre migration antillaise intranationale et migration africaine internationale a notamment pour conséquence une différence dans les secteurs d'activité dans lesquels ces populations sont employées : secteur public pour les Antillais *versus* secteur privé pour les Africains. Bien que citoyens

l'expérience des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne sous l'angle d'une condition minoritaire (Encadré 6). Ces migrant·e·s partagent l'expérience sociale d'être généralement considérés comme Noirs et Africains, et font l'expérience des discriminations dans de nombreuses sphères sociales (logement, emploi, rapport aux institutions...) (Pan Ké Shon 2009; Prêteceille 2009; Beauchemin, Hamel, *et al.* 2010a; Brinbaum, Hamel, *et al.* 2010). Les résultats de l'enquête *TeO* montrent que les discriminations concernent tout particulièrement les migrant·e·s du Maghreb et d'Afrique subsaharienne ainsi que leurs descendants (Beauchemin, *et al.* 2010b).

#### **ENCADRÉ 6 – RACE, ETHNICITÉ ET GROUPES MINORITAIRES**

Les concepts de race et d'ethnicité sont souvent présentés ensemble, signifiant par là qu'il ne s'agit pas tout à fait de la même chose mais qu'il existe un lien entre les deux, sans que ni la différence ni la nature de ce lien ne soient toujours explicitées. Remplacer le concept de race par celui d'ethnicité comporte néanmoins un certain nombre de risques.

D'une part, le terme d'ethnicité est lié à la question migratoire et à la question raciale (Oppenheimer 2001). Au début du XX<sup>e</sup> siècle, la race désignait un groupe national d'immigrants (Polonais, Italiens, Irlandais), ce qui rappelle à quel point la race, l'immigration et la nationalité sont liées. Puis, avec l'arrivée des Noirs, ces différents groupes raciaux sont devenus des groupes ethniques, c'est-à-dire des Blancs, tandis que la race est dès lors réservée aux populations afro-américaines. Ainsi, d'un groupe national, la race en est venue à désigner une couleur, les groupes nationaux ayant été agglomérés à la catégorie "Blanc". La différence entre la race et l'ethnicité ne renvoie pas à une différence phénotypique : l'idée que la race désignerait des groupes différents biologiquement tandis que l'ethnicité renverrait uniquement à des différences culturelles comporte le risque de rebiologiser la race alors qu'il s'agit d'un rapport social (Mathieu 2000). D'autre part, le terme d'ethnicité peut conduire à masquer les inégalités et le racisme qui produisent les groupes raciaux et à renvoyer les différences à la culture, sans oppression ni privilège, sans groupe minoritaire ni groupe majoritaire (Aspinall 2008).

Nous faisons le choix dans ce travail de parler de groupes minoritaires/minorités racisées/minorité raciale car ces expressions permettent de mettre en exergue le processus de racisation qui produit ces groupes, de souligner l'existence d'un groupe minoritaire et donc d'un groupe majoritaire et partant, de mettre en exergue l'existence de frontières entre les groupes sociaux et le rôle des rapports sociaux de pouvoir dans la création et la reconfiguration de ces frontières.

---

français, les Antillais sont victimes de discriminations raciales, ce qui rapproche leur expérience de celles des Africains. Si les expériences migratoires des Africains et des Antillais sont très différentes, leur expérience minoritaire peut converger sur certains points.

Les travaux de Christelle Hamel et de Pap Ndiaye invitent à tenir compte du racisme et des discriminations dont ces populations font l'expérience. Ces expériences peuvent contribuer à la formation d'un groupe social en contexte migratoire et structurent l'expérience de la sexualité. Alors que les travaux de Christelle Hamel mettent en exergue la manière dont le racisme construit le vécu de la sexualité, cette préoccupation pour le racisme et les discriminations se situe, dans notre cas, au niveau de la structuration des réseaux sexuels.

### **Synthèse : trajectoire migratoire et condition minoritaire**

Ces travaux conduisent à resituer l'expérience des personnes au sein de leur trajectoire migratoire et à tenir compte des rapports sociaux de domination, notamment du racisme.

Les trajectoires sexuelles et préventives des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne se situent à l'intersection des questions migratoires et des questions minoritaires. Les phénomènes migratoires, à un niveau macro, et les expériences migratoires, à un niveau micro, sont le résultat de rapports de pouvoir entre pays riches et pays pauvres dans le contexte de l'après-colonisation (relations Nord-Sud). Ils contribuent également à produire des rapports de pouvoir en contexte migratoire et à définir des groupes sociaux structurés autour de l'opposition groupe majoritaire/groupes minoritaires. Il s'agit d'articuler le rapport de pouvoir lié à la migration et le rapport social majoritaire/minoritaire.

Lier une perspective migratoire et une perspective minoritaire conduit à proposer l'hypothèse suivante : si les personnes migrantes d'Afrique subsaharienne sont des émigrés très différents les uns des autres, elles sont dans le même temps des immigrés qui se ressemblent. Cette hypothèse mérite d'être nuancée car la migration reste marquée par des convergences en raison des rapports Nord-Sud, du poids de la colonisation, de la pratique du français, de l'évolution des politiques migratoires ici et des contextes sociopolitiques et économiques là-bas. De plus, des lignes de fractures existent au sein de ces populations dans le contexte français, qui nécessitent de tenir compte des capitaux socioculturels, des conditions de migration et de vie en France. En outre, ces expériences se construisent différemment pour les femmes et pour les hommes.

### 3.2.3. TRAJECTOIRES SEXUÉES ET ASYMÉTRIE DE GENRE

---

L'objectif de cette partie est de situer l'étude des expériences sexuelles des femmes et des hommes dans un cadre d'analyse qui permet de donner sens à ces différences en les réinscrivant dans une perspective, celle des rapports sociaux de sexe. Élaborée à partir des années 1970 en France, la théorisation des rapports sociaux de sexe conduit à envisager les différences de situations et d'expériences entre les femmes et les hommes comme des construits sociaux qui sont le résultat d'un rapport de pouvoir, le rapport social de sexe, entendu comme relation antagoniste et dynamique entre deux groupes sociaux, structurante pour l'ensemble du champ social et transversale à l'ensemble de ce champ social (Kergoat 1982). Les rapports sociaux de sexe ne concernent pas de manière privilégiée certains groupes sociaux, mais sont structurants à l'ensemble du monde social (Devreux 2005). En outre, ces rapports ne se limitent pas à la sphère de la famille et au couple mais sont transversaux à toutes les sphères sociales (organisation des migrations, conditions de vie...). Enfin, les rapports sociaux de sexe sont dynamiques, ce qui concerne autant les phénomènes d'amélioration que de régression. En d'autres termes, une analyse en termes de rapports sociaux de sexe conduit à considérer tous les groupes sociaux, dans toutes les sphères et à tous les niveaux, ce qui constitue une précaution essentielle contre les risques de racialisation du sexisme. Des travaux ont en effet montré que la mise en exergue de différences dans la sexualité et les relations entre les hommes et les femmes constituait un moyen de hiérarchiser les groupes (Hamel 2005; Roux, Gianettoni, *et al.* 2007). Les stratégies mises en œuvre pour renvoyer certains comportements répréhensibles, telles que la violence envers les femmes, à des groupes minoritaires reposent souvent sur la construction et l'utilisation d'indicateurs qui obèrent les comparaisons (mise en exergue de violences qui n'existent que dans certains groupes de la population, appréhension de ces violences pour ce qu'elles ont d'exotique...) (Hamel 2006).

La théorie des rapports sociaux de sexe permet une analyse à la fois relationnelle et structurelle des situations des femmes et des hommes. Se référer au concept de rapport social de sexe conduit à analyser les relations entre les femmes et les hommes comme le résultat d'un rapport structurel de pouvoir, et à dépasser le niveau



des relations sociales qui sont concrètes et engagent des individus dans des relations interpersonnelles.

Dans cette thèse, nous utilisons les expressions « rapports sociaux de sexe » et « rapports de genre » pour désigner le niveau structurel, et « asymétrie de genre » pour désigner le niveau interpersonnel. Ce choix terminologique est explicité en revenant sur les usages du terme « genre » dans le contexte français (Encadré 7). Si les travaux sur « genre et migration » ont connu un essor important ces dernières années, ils sont souvent centrés sur les femmes, comme en attestent les titres de deux dossiers publiés en France sur ces questions, *Femmes, genre, migration et mobilités* publié dans la Revue Européenne des Migrations Internationales (Catarino et Morokvasic 2005), et *Femmes, genre, migrations et mondialisation : un état des problématiques* publié par le Cedref (Falquet et Rabaud 2008). Le même constat peut être fait quant aux travaux sur la sexualité des migrant·e·s.

## ENCADRÉ 7 – LES USAGES DU TERME « GENRE » DANS LE CONTEXTE FRANÇAIS

L'expression « études sur le genre » (*gender studies* en anglais) remonte aux années 1990. L'article de Joan Scott *Genre : une catégorie utile d'analyse historique* (Scott 1988) et la publication d'un ouvrage intitulé *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes* (Hurtig, Kail, et al. 1991) ont contribué à l'introduction de ce terme sur la scène académique française. L'arrivée de ce terme en France a permis un renouvellement des travaux sur les rapports sociaux de sexe, comme le montrent les travaux de Nicole-Claude Mathieu ou de Christine Delphy qui invitent à considérer le sexe comme le produit du genre (Delphy 1991; Mathieu 1991). Ce terme a également participé de l'institutionnalisation des études dites féministes. À rebours d'approches perçues comme militantes, l'utilisation de ce terme fonctionne comme gage d'objectivité et de scientificité (Devreux 2005). La floraison des colloques, des séminaires et des cours sur le genre en est un signe. L'ouverture d'un cours sur les *gender studies* en 2010 à l'Institut d'Études Politiques de Paris est emblématique de cette tendance.

Actuellement en situation de quasi-monopole, utilisé dans des contextes traditionnellement peu sensibles aux analyses en termes de rapports sociaux de sexe, le terme « genre » a perdu de sa dimension critique (Mathieu 2000). Premièrement, il peut être perçu comme une bicatégorisation anodine. Le genre renvoie au fait qu'il y a des hommes et des femmes, qui sont différents sans qu'il n'y ait de hiérarchie ni d'asymétrie. En outre, il est souvent synonyme de femmes, ce qui comporte le risque de laisser de côté les hommes et leur rôle dans le maintien de la domination des femmes. Enfin, le genre a également tendance à désigner les relations au sein du couple, contribuant à masquer la dimension structurelle des rapports sociaux de sexe. Cette acception se focalise sur les relations interpersonnelles au détriment de l'analyse des rapports sociaux qui les produisent et qu'elles produisent.

### Des migrantes... et des migrants : l'occultation des hommes dans les travaux sur la sexualité des migrants

Alors que les études sur les migrants se sont longtemps conjuguées au masculin, confortant une vision androcentrée de la migration (Hirata, Laborie, et al. 2000), celles sur la sexualité des migrants s'accordent majoritairement au féminin. Les travaux sur la prostitution en constituent un exemple particulièrement révélateur car ils sont majoritairement, sinon exclusivement, consacrés aux femmes et qu'ils constituent un prisme privilégié pour analyser la sexualité des migrantes dans la littérature sociologique et anthropologique actuelle<sup>45</sup>. On retrouve ici une des figures identifiées dans l'analyse de la littérature en santé publique menée dans la première

<sup>45</sup> De manière significative, la totalité des références portant sur les enjeux de sexualité et de migration repérées sur la base bibliographique Cairn (une dizaine environ) porte sur la prostitution.

partie de ce chapitre. La majorité de ces recherches se situent dans une perspective d'analyse sociopolitique et matérialiste de la sexualité.

Les travaux sur la prostitution proposent une déconstruction des discours sur la traite par les États pour montrer que la sexualité peut constituer un mode d'insertion sociale pour certaines femmes. D'une part, ces travaux pointent l'instrumentalisation des discours sur la prostitution par les États d'immigration pour mettre en place des politiques migratoires et d'asile. Les politiques mises en place pour lutter contre la traite peuvent paradoxalement produire des situations juridiques défavorables aux femmes. Ainsi, la réglementation de la prostitution a été incorporée dans le contrôle des migrations au nom de la répression de la traite des femmes (Pheterson 2003), et les politiques de lutte contre le trafic contribuent à justifier les politiques de migration dans l'espace Schengen (Guillemaut 2008).

D'autre part, ces travaux interrogent l'instrumentalisation de la sexualité par les femmes migrantes pour s'intégrer socialement dans les pays d'immigration. Ces recherches envisagent principalement la prostitution comme une ressource pour les femmes, c'est-à-dire une manière de constituer la sexualité en ressource (Lévy et Lieber 2009). Ces travaux visent ainsi à resituer les trajectoires des femmes dans leur diversité et à instaurer des rapprochements et des continuités avec d'autres stratégies d'insertion telles que le mariage ou le travail domestique (Garcia 2009; Lévy et Lieber 2009). Ces travaux se situent majoritairement dans la perspective du continuum de l'échange économique-sexuel (Tabet 2004), décliné dans le cas des femmes migrantes, de la prostitution au mariage mixte ; le mariage mixte est analysé à l'aune des rapports de genre, notamment de leur rôle dans le maintien de rôles de genre traditionnel (Lévy et Lieber 2009; Pian 2010). Il s'agit alors de désingulariser la pratique de la prostitution dans la trajectoire des migrantes car, selon ces recherches, nombre de femmes enquêtées savaient qu'elles allaient se prostituer (Oso Casas 2006; Lévy et Lieber 2009; Pian 2010). Ces recherches s'inscrivent dans une perspective de déconstruction des discours sur la traite qui promeuvent, selon elles, une image victimisante de ces femmes (Oso Casas 2006; Guillemaut 2008; Simoni 2010).

Au cœur de ces travaux, se trouve l'instrumentalisation des enjeux de sexualité, déclinée selon deux axes : la sexualité comme prétexte (pour les États d'immigration), la sexualité comme ressource (pour les femmes migrantes). Ces

recherches se caractérisent globalement par l'importance accordée aux discours sur la sexualité et s'intéressent peu aux pratiques sexuelles. En outre, en voulant mettre au jour l'occultation des enjeux de prostitution, elles aboutissent de manière paradoxale à une focalisation sur ces questions. On observe ainsi une tension entre la volonté de désingulariser les expériences de ces migrantes tout en se centrant sur la prostitution. Le prisme adopté participe à la construction d'une image erronée des migrantes qui masque la diversité et l'hétérogénéité de leur situation, car toutes les femmes migrantes ne sont pas des prostituées. Enfin, ces travaux concernent principalement les femmes, ce qui contribue à invisibiliser et occulter les hommes migrants réduits au rôle de clients de prostituées, de proxénètes ou de mari potentiel.

De ce fait, l'expérience de ces femmes migrantes est construite comme doublement spécifique, à la fois par rapport aux femmes non migrantes et par rapport aux hommes migrants. Cette focalisation sur les femmes renvoie à une conceptualisation de la sexualité et de la conjugalité comme domaine associé au féminin et implicitement hétérosexuel même si, récemment, des recherches sur les migrants homosexuels se sont développées en France (Awondo 2010; Awondo 2011). Ces recherches constituent une rupture car elles se situent au croisement de deux catégories longtemps pensées de manière exclusive, les migrants et les homosexuels.

### **Hétérosexualité, choix du conjoint et contrôle de la fécondité**

Mobiliser la sociologie des rapports sociaux de sexe conduit en outre à envisager l'hétérosexualité, non comme un ensemble de pratiques interindividuelles, mais comme un système qui s'impose à l'ensemble des individus et qui suppose la hiérarchie des sexes et des sexualités (Wittig 1992). Le système hétérosexuel s'articule avec la question du choix du conjoint (Qui peut (doit) se marier avec qui ?) et du contrôle de la fécondité (Qui peut (doit) avoir des enfants avec qui ?). Ces enjeux sont fortement genrés. Le choix du conjoint se construit différemment pour les hommes et les femmes : l'exogamie étant un droit pour les hommes tandis que l'endogamie est un devoir pour les femmes (Falquet 2009). En outre, le contrôle de la fécondité – dont la contrainte s'impose à la fois sur le fait d'avoir ou de ne pas avoir d'enfant – nécessite de s'intéresser aux pratiques de protection et à leur négociation au sein de la relation. C'est dans ce cadre que seront analysées les

expériences sexuelles des migrant·e·s, au-delà des relations inégalitaires au sein du couple.

Adopter une analyse en termes de rapports sociaux de sexe, c'est considérer que les conditions de migration entre les hommes et les femmes diffèrent sans réduire la migration des femmes au regroupement familial ; c'est rappeler que l'expérience de l'insertion en France ne passe pas forcément par les mêmes canaux pour les deux sexes au-delà de la dichotomie travail/famille ; c'est tenir compte des représentations sexuellement différenciées véhiculées sur ces populations sans poser que les femmes sont moins discriminées ; c'est enfin être attentif aux reconfigurations des rapports sociaux de sexe en migration sans poser *a priori* que la migration aboutisse forcément à améliorer la situation des femmes. Il s'agit de s'interroger à la fois sur la manière dont les rapports sociaux de sexe configurent les processus migratoires – les rapports sociaux de sexe définissent en partie qui migre, comment, pourquoi et pour où –, et sur la façon dont les processus migratoires produisent de nouveaux rapports sociaux de sexe (Catarino et Morokvasic 2005; Dahiden, Rosende, *et al.* 2007), étant donné que les migrations influencent les rapports sociaux de sexe, que ce soit dans le sens d'un renforcement des inégalités entre les sexes ou de leur remise en question et de leur transformation.

### **L'articulation des rapports sociaux de pouvoir**

Dire que l'on s'inscrit dans la sociologie des rapports sociaux de sexe ne signifie pas que l'on pose le rapport social de sexe comme premier, comme plus structurant que les autres rapports sociaux. Néanmoins, les concepts et les analyses développées par des théoriciennes féministes (Delphy 1970; Guillaumin 1972; Kergoat 1982) constituent des outils puissants pour penser les autres rapports de pouvoir ainsi que leur articulation (Encadré 8). Comme le rappelle Elsa Dorlin, « *Si toutes les femmes font bien l'expérience du sexisme, malgré cette commensurabilité de l'expérience, il n'y a pas pour autant d'expérience "identique" du sexisme, tant les rapports de pouvoir qui informent le sexisme modifient ses modalités concrètes d'effectuation et partant les vécus des femmes* » (Dorlin 2008).

### ENCADRÉ 8 – ANALOGIE, ARTICULATION ET INTERSECTION DES RAPPORTS SOCIAUX DE POUVOIR

L'idée que l'on ne peut analyser les rapports sociaux de sexe en dehors des autres rapports de pouvoir est présente dans les travaux féministes français dès les années 1970. Les travaux de Christine Delphy et de Colette Guillaumin constituent une première tentative de mettre en lien les différents rapports de pouvoir, le sexe et la classe pour Delphy, le sexe et la race pour Guillaumin (Delphy 1970; Guillaumin 1972). En procédant par analogie, ces travaux ont montré le fonctionnement comparable de certains rapports de pouvoir. Dans ces travaux sur les femmes ouvrières, Danièle Kergoat montre que la classe et le sexe ne s'additionnent pas comme des propriétés indépendantes mais se construisent mutuellement (Kergoat 1982).

Si le croisement des rapports sociaux n'est donc pas une nouveauté pour la France, la traduction des travaux américains du *Black feminism* ont néanmoins permis la réactualisation de théories et de concepts qui s'étaient trouvés marginalisés dans le champ académique français (Kergoat 2009). Les travaux du *Black feminism* ont en outre contribué à l'introduction du terme « intersectionnalité » dans le contexte français.

Le *Black feminism* est un courant féministe, apparu dans les années 1970 aux États-Unis, qui a défini la domination de genre sans l'isoler des autres rapports de pouvoir, à commencer par la classe et la race (Dorlin 2008). Les *black feminists* reprochent au féminisme américain leur construction de la catégorie « femme » fondée sur les expériences des femmes privilégiées, blanches, de classe moyenne. Pour ces femmes, les mouvements féministes et anti-racistes occultent la situation des personnes faisant face à des dominations multiples (Davis 1983). C'est de cette incapacité des mouvements de lutte pour le droit des femmes et des Africains-Américains à prendre en compte l'expérience des femmes noires que se développe une théorie de l'intersectionnalité, terme utilisé pour la première fois en 1989 par Kimberlé Crenshaw dans un article sur la violence faite aux femmes de couleur de classes défavorisées.

L'intersectionnalité rend compte "de la manière dont le positionnement des femmes de couleur, à l'intersection de la race et du genre, rend leur expérience concrète de la violence conjugale, du viol et de mesures pour y remédier qualitativement différente de celle des femmes blanches" (Crenshaw 2005). Elle utilise le terme « intersectionnalité » pour désigner les situations d'invisibilité auxquelles les femmes de couleur (et/ou issues des classes populaires) sont confrontées.

Les travaux de Christelle Hamel sur la sexualité des descendant-e-s d'immigrés du Maghreb mettent en exergue la manière dont le choix d'un partenaire pour les filles se situe au cœur de la reproduction des rapports sociaux sexistes et racistes (Hamel 2005). D'une part, elle examine la manière dont les discours racistes instrumentalisent la dénonciation du sexisme. Le sexisme, considéré comme l'expression d'un archaïsme, sert d'indicateur du degré de modernisation et de

civilisation des groupes sociaux, et la référence à l'égalité entre les sexes devient un marqueur qui sert à différencier les Français des autres. D'autre part, elle s'intéresse à la façon dont ces discours peuvent renforcer le sexisme des personnes qui les subissent. La focalisation médiatique sur les violences envers les femmes des minorités aboutit à une stigmatisation de l'ensemble des hommes immigrés et de leurs fils, ce qui non seulement renforce le racisme, mais aussi produit un système de contraintes sur les femmes immigré·e·s et leurs filles. Celles-ci se retrouvent soumises à des « injonctions paradoxales » : défendre les hommes qui sont leurs proches contre le racisme, tout en refusant leur sexisme. La décision des femmes de choisir un partenaire de leur groupe ou du groupe majoritaire acquiert une signification particulière. Si elles choisissent un partenaire hors de leur groupe, cela revient à valider le fait que les hommes de leur groupe sont moins désirables car plus sexistes, moins modernes. Si elles choisissent un partenaire de leur groupe, cela est interprété comme le choix de la tradition contre la modernité, et donc du rejet des valeurs de la société française. Cela marque alors un refus de s'intégrer. Quelle que soit la décision prise, le choix du conjoint devient un enjeu identitaire.

L'analyse proposée par cette auteure s'inscrit dans un axe de recherche plus global des travaux sur la sexualité des groupes minoritaires, celui de l'instrumentalisation du supposé niveau supérieur de sexisme des groupes minoritaires par les États d'immigration à des fins de discriminations et de stigmatisation (Hamel 2002; Hamel 2006; Roux, *et al.* 2007).

Lorsque l'on s'intéresse à l'articulation des rapports de pouvoir, une question importante est de délimiter le nombre de rapports de pouvoir qu'il s'agit de considérer, car il existe une tension entre le fait de figer les catégories pertinentes ou de les multiplier à l'infini. Faire ressortir le fait que certaines divisions sociales sont plus pertinentes que d'autres dans certains contextes constitue un compromis possible pour traiter le fait que l'on ne peut pas tout prendre en compte (Bereni, Chauvin, *et al.* 2008). Dans notre approche, nous mobilisons principalement les rapports de sexe et ceux entre groupe majoritaire et groupes minoritaires. En revanche, les rapports de classe ont été peu mobilisés pour des raisons empiriques. Les données de l'enquête étaient relativement limitées sur les indicateurs de classe et ne permettaient pas d'aborder cette question de manière très fine ; peu de questions portaient sur le statut et la position sociale des personnes, tandis qu'aucune question

ne portait sur l'origine sociale des personnes et de leur partenaire. Enfin, aucune question ne portait sur la catégorie socioprofessionnelle (PCS) des partenaires, ce qui ne permettait pas de construire une variable relationnelle permettant de tenir compte de la PCS d'ego et de son partenaire. Par ailleurs, au vu des indicateurs à notre disposition – ni très nombreux ni très précis –, la population enquêtée apparaissait relativement homogène.

Une autre question porte sur les approches mobilisées. Leslie McCall distingue trois approches pour étudier l'articulation des rapports de pouvoir (McCall 2005) : 1) la **complexité anticatégorique**, approche fondée sur la nécessité de déconstruire les catégories, pose que les processus de catégorisation sont suspects ainsi que les recherches basées sur ces catégorisations ; 2) la **complexité intracatégorique** qui consiste en l'étude d'un groupe social à des points d'intersection négligés de plusieurs catégories (comme c'est le cas dans les travaux du *Black feminism*). Ces travaux se centrent sur le processus de construction des catégories qui ont alors un statut ambivalent : elles sont utilisées explicitement tout en affirmant que leur construction est trompeuse ; 3) la **complexité intercatégorique** consiste à utiliser des catégories pour documenter les inégalités et mesurer leurs évolutions. Les relations d'inégalités sont alors au centre de l'analyse, et non pas juste le contexte comme dans les deux autres approches. Il existe des tensions entre les différentes approches selon que l'on étudie la manière dont les groupes sociaux ont été construits sous forme de catégories (complexité anticatégorique) ou que l'on s'intéresse aux rapports d'inégalités empiriquement mesurables entre des groupes sociaux donnés (complexité intercatégorique).

Étudier l'articulation des rapports sociaux de domination qui sont à l'œuvre dans la sexualité à l'aide de données quantitatives conduit à mobiliser la troisième approche car les catégories sont au centre de l'analyse.

Adopter une perspective en termes de rapports sociaux de pouvoir permet de tenir compte des processus structurels dans lesquels les pratiques sexuelles et préventives prennent place. L'analyse culturelle du risque, quant à elle, conduit à envisager le risque comme une construction sociale tout en tenant compte des probabilités inégales d'exposition au risque, qui sont le résultat de rapports sociaux de pouvoir. C'est ce que nous développons dans la partie suivante.



### 3.2.4. L'ANALYSE CULTURELLE DU RISQUE

---

Étudier les pratiques sexuelles et préventives nécessite de s'accorder sur le statut accordé au risque dans les analyses. Deux approches du risque prévalent dans les recherches sur la sexualité à l'ère du sida qui se distinguent par le statut qu'elles accordent au risque (Bajos et Ludwig 1995).

Comme nous l'avons rappelé dans la première partie de ce chapitre, la notion de risque est centrale dans les travaux en santé publique (comportements à risque, prise de risque...). Ces travaux mobilisent dans leur grande majorité une approche objectiviste du risque qui se caractérise par une définition institutionnelle, technique et épidémiologique du risque considéré comme un postulat pour l'analyse (Bajos et Ludwig 1995). Dans cette perspective, le risque est une donnée à l'aune de laquelle seront analysés les comportements des individus. Les recherches font alors l'hypothèse que la protection de la santé est primordiale pour les individus et que la santé n'entre pas en compétition avec d'autres enjeux. Le statut autoréférentiel attribué au corps et à la santé entraîne une emprise de la logique de prévention sur la formulation des problématiques de recherche (Calvez 1995). Il s'agit dès lors d'identifier les facteurs liés à l'adoption – ou à l'absence d'adoption – d'un comportement précis. Cette approche est caractéristique de l'épidémiologie mais se retrouve également en psychologie sociale (dissonance cognitive, *Health Belief Model...*) (Bajos et Ludwig 1995).

Dans les approches constructivistes du risque, majoritaires en sciences sociales, c'est une définition socioculturelle du risque qui prévaut. Le risque n'est pas une donnée préalable à l'expérience sociale des acteurs et les représentations du risque s'ancrent dans les contextes sociaux et culturels (Douglas et Calvez 1990). Les recherches vont dès lors chercher à analyser la manière dont l'appartenance sociale et l'identité sociale contribuent à générer la prise en compte d'un risque spécifique (Pollak et Schiltz 1987). Aucune prééminence n'est accordée à la logique de protection de la santé : il s'agit d'étudier comment cette logique s'articule avec les logiques d'ordres sociologique, économique et psychologique, qu'elles se contredisent ou se renforcent.

La définition du risque retenue dans cette recherche articule ces deux approches en considérant à la fois les logiques sociales qui produisent des expositions

différenciées au risque et celles qui président aux pratiques préventives (Calvez 2004). En effet, si les approches constructivistes permettent de considérer les logiques qui amènent les individus à construire le risque, se situer dans cette perspective peut conduire à évacuer les probabilités inégales d'exposition au risque et à ignorer les hiérarchies sociales qui produisent des expositions au risque différenciées. Or, les logiques sociales des échanges sexuels structurent l'exposition au risque : « *En tant que maladie sexuellement transmissible, le SIDA révèle, de façon presque caricaturale, la logique des échanges sexuels* » (Pollak et Schiltz 1987). Tout le monde n'a pas la même probabilité de rencontrer un partenaire infecté et cette probabilité varie fortement selon les contextes géographiques et sociaux. Le remplacement, à la fin des années 1980, de la notion de « groupe à risque » par celle de « comportement à risque », afin de défaire les identités stigmatisées attachées à la transmission du VIH (Calvez 2004), a pu contribuer à masquer les probabilités inégales d'exposition au risque de transmission, comme rappelé dans le premier chapitre de cette thèse.

L'analyse culturelle du risque conduit à envisager le risque comme une construction sociale tout en tenant compte des probabilités inégales d'exposition au risque. Cela amène à étudier à la fois l'organisation des réseaux sexuels et la perception que les personnes ont de leur partenaire et de la relation, ainsi que des rapports de pouvoir au sein de ces relations. Cette deuxième question sera travaillée sous deux angles : celle des rapports de pouvoir dans une relation (qui décide de quoi ?), et celle du rapport au risque tel qu'il est construit par les personnes (qui craint quoi ?). Rapports de pouvoir car les pratiques préventives dépendent notamment des ressources respectives des partenaires. On s'intéresse ici aux possibilités de négociation. Rapport au risque car les pratiques dépendent de la perception du risque. On s'intéresse ici à l'utilité perçue du recours à la prévention.

Si en Afrique subsaharienne, l'utilisation du préservatif est globalement faible, rien n'atteste que la situation soit la même en France parmi ces migrant·e·s. Au-delà d'une quelconque spécificité culturelle concernant l'utilisation ou plutôt l'absence d'utilisation du préservatif, celle-ci est très dépendante des contextes relationnels. Les personnes, quelle que soit leur origine culturelle, ont tendance à se protéger peu dans les relations affectives de longue durée dans lesquelles les enjeux affectifs, procréatifs et contraceptifs peuvent prendre le pas sur les enjeux de prévention des

infections sexuellement transmissibles. À l'inverse, dans des relations dans lesquelles l'engagement est faible, l'utilisation du préservatif est plus légitime, la norme préventive n'entrant pas en contradiction avec d'autres enjeux. Les pratiques de protection constituent ainsi un révélateur des rapports de pouvoir qui se jouent dans la sexualité, et notamment des rapports sociaux de sexe (Bajos 1997a; DiClemente, Wingood, *et al.* 2002), de l'engagement dans la relation (Santelli, Kouzis, *et al.* 1996; Bajos 1997a; Kalk, Kroeger, *et al.* 2001) et de la distance sociale entre partenaires (Bajos 1997a; Gras, Weide, *et al.* 1999). Ces interactions nécessitent d'être analysées sous l'angle des rapports sociaux de domination, notamment les rapports sociaux de sexe et les rapports entre groupe majoritaire et groupe minoritaire.

La prochaine partie a pour objectifs de présenter nos axes d'analyse, les trajectoires et les réseaux, et d'explicitier la manière dont nous avons opérationnalisé les concepts sociologiques en variables statistiques.

### **3.3. UNE ANALYSE SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES PRATIQUES SEXUELLES ET PRÉVENTIVES DES MIGRANT·E·S**

---

Le principe directeur, s'agissant des variables à sélectionner et des analyses à mener, était de se décentrer de la préoccupation de santé publique qui imprégnait l'enquête. Cela a conduit à ne pas se focaliser sur les comportements sexuels dits à risque, souvent réduits à l'absence d'utilisation du préservatif, et à resituer l'analyse des pratiques préventives et contraceptives au sein de la trajectoire migratoire et des contextes sociaux et relationnels.

Au niveau des variables, il s'est agi de repérer, sélectionner et éventuellement reconstruire celles qui pouvaient constituer des indicateurs pertinents concernant la trajectoire migratoire et les frontières minoritaires, les rapports sociaux de sexe, ainsi que les contextes relationnels et la gestion des risques sexuels. Dans cette partie, nous ne décrivons pas toutes les variables utilisées dans nos analyses. Celles-ci seront introduites dans les chapitres au fur et à mesure de leur utilisation. Privilégier des variables relationnelles, indicatrices de rapports de pouvoir et traduisant une trajectoire permet de resituer l'analyse des pratiques sexuelles et préventives au sein des contextes sociaux et relationnels qui s'y rattachent. Au niveau des analyses, il s'agit de considérer les parcours migratoires puis les contextes relationnels et, enfin, les indicateurs d'activité sexuelle et de pratiques préventives.

Nous considérons à la fois les différences dans les contextes de socialisation des migrant·e·s, dont l'articulation entre la trajectoire sexuelle et migratoire constitue un indicateur, mais également l'éventualité d'une condition commune, dont l'organisation des réseaux sexuels constitue un révélateur.

#### **3.3.1. LE RÔLE CENTRAL DU CONTEXTE DE SOCIALISATION SEXUELLE**

---

Les conditions d'entrée dans la sexualité constituent un marqueur des dispositions antérieures concernant la socialisation de genre (Bozon 1993; Lagrange et Lhomond 1997). En outre, les caractéristiques du premier rapport sexuel

annoncent en partie la biographie sexuelle ultérieure (Bozon 1993). Or, pour des personnes qui ont migré, **le contexte social dans lequel se déroule le premier rapport sexuel peut être différent du contexte de socialisation** pendant l'enfance et l'adolescence. Cela nous conduit à envisager que **le contexte social du premier rapport sexuel structure la biographie sexuelle et préventive**. En outre, **migrer pendant l'enfance ou à l'adolescence**, en ce que cela témoigne de différents contextes de socialisation, **est associé à des trajectoires sexuelles différenciées**.

Cette hypothèse nécessite d'être affinée pour tenir compte des trajectoires différenciées des femmes et des hommes. Considérer que les différences d'expériences et de situations entre les femmes et les hommes constituent le produit d'une construction sociale n'est pas contradictoire avec l'objectivation de ces différences, y compris par le biais de statistiques. **Les hommes et femmes ont des trajectoires sexuelles et migratoires différentes** en raison de l'organisation genrée des migrations et des normes de genre sur la sexualité. L'analyse des expériences des femmes et des hommes constitue un révélateur du contrôle social sur la sexualité des femmes, contrôle qui s'exerce au niveau du choix du conjoint et de la négociation des pratiques de protection. Le lien entre sexualité/conjugalité/fécondité ne se construit pas de la même manière selon le sexe. Ainsi, les femmes sont plus enclines à vivre leur premier rapport sexuel dans le cadre du mariage, tandis que l'injonction à la mixité est sexuellement différenciée. En outre, l'asymétrie de genre structure les pratiques de protection.

Pour resituer l'analyse des pratiques sexuelles et préventives au sein de leur contexte social et relationnel, il est nécessaire de considérer la trajectoire migratoire des personnes. **L'âge à la migration** constitue une variable clé de la trajectoire migratoire et **possède un statut central dans nos analyses**. Cette variable permet d'appréhender le contexte de socialisation pendant l'enfance et l'adolescence, et donc de distinguer différentes générations par rapport à la migration. S'intéresser au contexte de socialisation s'inscrit également dans une perspective théorique qui vise à considérer ces migrant·e·s comme des émigrés et pas seulement comme des immigrés. En effet, en mobilisant la durée de résidence dans le pays d'immigration, on considère implicitement ces personnes uniquement comme des immigrés. L'âge à la migration renseigne en outre sur les conditions de la migration. Migrer durant l'enfance, à l'adolescence ou à l'âge adulte implique des conditions de migration très

différentes. Ainsi, les personnes qui ont migré pendant leur enfance n'ont pu migrer seules. Cela est également vrai, dans une moindre mesure, pour celles et ceux qui ont migré à l'adolescence.

Pour resituer l'analyse des conditions d'entrée dans la sexualité au sein des trajectoires migratoires, nous avons construit **trois profils d'entrée dans la sexualité** qui permettent de tenir compte à la fois du contexte de socialisation sexuelle et du contexte social dans lequel s'est déroulé le premier rapport sexuel (chapitre 4). Ces profils permettent de mettre au jour le **caractère structurant du contexte de socialisation sexuelle et du contexte social du premier rapport sexuel** sur les conditions d'entrée dans la sexualité (chapitres 4 et 5), et de cerner les évolutions de la biographie sexuelle ultérieure à l'aune de ces trajectoires initiales (chapitres 5 et 6).

Pour mettre au jour les différences entre les hommes et les femmes, nous comparerons les expériences des femmes et des hommes (comparaison intergroupe), mais également les femmes entre elles et les hommes entre eux (comparaison intragroupe). Ainsi, les variables décrivant les parcours migratoires et les conditions d'entrée dans la sexualité permettent de comparer les situations des femmes et des hommes et d'identifier des trajectoires de vie différenciées (qu'elles soient migratoires, sexuelles ou conjugales). Pour analyser les pratiques de protection, nous mobilisons des indicateurs permettant d'identifier les rapports de pouvoir entre les partenaires au sein d'une relation (relation interpersonnelle), ainsi que les évolutions au sein de la trajectoire individuelle (évolution intrapersonnelle). En raison du nombre extrêmement faible de personnes déclarant des rapports sexuels avec des personnes du même sexe, celles-ci ont été exclues de l'analyse. **Les analyses présentées portent ainsi uniquement sur les relations entre personnes de sexes différents.**

**Deux niveaux d'analyses** sont mobilisés à travers **des indicateurs qui permettent de comparer les situations des hommes et des femmes, et des indicateurs qui permettent d'étudier l'asymétrie de genre au sein de la relation.** Le souci qui guide ces analyses est de ne pas réduire les rapports sociaux de sexe à l'étude des rapports de pouvoir au sein des relations.

### 3.3.2. L'ORGANISATION SOCIALE DES RÉSEAUX SEXUELS : UN INDICATEUR DE FRONTIÈRES MINORITAIRES

---

Les réseaux sexuels jouant un rôle central dans la diffusion de l'épidémie (Laumann, Gagnon, *et al.* 1994), il s'agit d'analyser leur organisation et leur stratification. Nous considérons les **réseaux sexuels sous l'angle de la transformation des frontières** entre les groupes sociaux en contexte migratoire **afin d'éclairer la diffusion de l'épidémie de VIH/sida** au sein des populations migrantes d'Afrique subsaharienne. Dans le sixième chapitre, nous mobilisons les travaux sur la mixité culturelle en sociologie des migrations et les travaux sur l'homogamie sociale en sociologie de la famille<sup>46</sup>. Ces travaux permettent d'analyser les réseaux sexuels à l'articulation de l'épidémiologie des réseaux sexuels et des travaux sur les mixités dans le septième chapitre.

Les interactions sexuelles sont des interactions sociales qui traduisent et participent à la (re-)production et à la transformation de frontières entre les groupes sociaux. Les interactions sexuelles constituent alors un moyen de définir/produire les frontières entre les groupes sociaux, en l'occurrence entre le groupe majoritaire et le groupe minoritaire. Nous faisons l'hypothèse que **l'expérience des discriminations a une influence sur la construction des trajectoires sexuelles et préventives**. Dans l'enquête, aucun indicateur ne permet d'appréhender le racisme et les discriminations dont ces populations font l'expérience. Néanmoins, nous considérons que le **fait d'être Noir et Africain constitue un indicateur d'exposition au racisme**, de même que le fait d'être une femme constitue un indicateur d'exposition au sexisme.

**Les frontières minoritaires produisent des réseaux sociaux et sexuels ségrégués, l'origine géographique des partenaires constituant un prisme pour étudier la formation de frontières minoritaires dans la société française.** L'analyse des réseaux sexuels – à travers l'origine géographique du partenaire – constitue alors un révélateur des frontières minoritaires. Pour ce faire, nous avons construit une variable portant sur l'origine géographique du partenaire pour analyser

---

<sup>46</sup> Dire que les travaux sur la formation des couples s'inscrivent uniquement dans la sociologie de la famille consiste en un raccourci car, comme le rappellent Michel Bozon et François Héran, la sociologie du choix du conjoint a « *partie liée avec la sociologie de la sociabilité, mais aussi avec la sociologie du jugement et des catégories de perception et, de ce fait, avec la sociologie du recrutement.* » **Bozon Michel et Héran François** 2006 *La formation du couple. Textes essentiels pour la sociologie de la famille*, Paris: La Découverte.

les réseaux sexuels (chapitre 6). En outre, **les rapports sociaux de sexe construisent les réseaux socio-sexuels des femmes et des hommes** en raison de trajectoires migratoires différenciées, du contrôle social sur la sexualité des femmes, des conditions de vie et de l'accès au marché de l'emploi. Là encore, la comparaison des différentes expériences des femmes et des hommes constitue un indicateur du rôle des normes de genre dans la construction des trajectoires féminines et masculines.

En outre, nous analysons les pratiques de protection comme un révélateur des rapports de pouvoir entre groupe majoritaire et groupe minoritaire et entre les sexes, et un indicateur des frontières entre les groupes sociaux (chapitre 7). Il s'agit de **considérer les logiques sociales qui amènent les individus à construire le risque comme une éventualité et les possibilités de négociation** car les frontières minoritaires et l'asymétrie de genre produisent un rapport au risque spécifique. L'approche constructiviste du risque articule l'engagement, la distance sociale et les rapports de pouvoir au sein de la relation. Tels sont les trois axes selon lesquels vont se déployer nos analyses au sein des relations.



## CONCLUSION DU CHAPITRE

---

L'analyse critique de la littérature scientifique sur les enjeux de sexualité et de migration a permis de mettre au jour les représentations à l'œuvre dans ces recherches, d'en cerner les présupposés théoriques et d'identifier les axes thématiques privilégiés. L'approche comportementale et individuelle de la sexualité et sa réduction au prisme du risque nous ont conduits à proposer un cadre théorique articulant les scripts de la sexualité et l'analyse culturelle du risque dans une perspective de rapports sociaux.

Analyser les pratiques sexuelles et préventives sous l'angle des trajectoires et des réseaux permet de réinscrire cette analyse dans la problématique des rapports sociaux et non des spécificités culturelles. Il s'agit d'articuler la question migratoire et la question minoritaire, c'est-à-dire la trajectoire et la condition ; l'organisation des rapports sociaux de sexe et l'asymétrie au sein de la relation, c'est-à-dire le niveau structurel et interpersonnel ; deux approches du risque pour penser la segmentation et la stigmatisation. Ainsi, les trajectoires migratoires, les frontières minoritaires et les rapports sociaux de sexe construisent les trajectoires sexuelles et préventives des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne.

Deux dimensions analytiques ont un statut central dans les analyses : la trajectoire migratoire et les frontières minoritaires, appréhendées respectivement à travers l'âge à la migration et l'origine géographique des partenaires sexuels. Resituer les conditions d'entrée dans la sexualité des personnes migrantes au sein de leur trajectoire migratoire s'avère essentiel pour appréhender les évolutions ultérieures de leur biographie sexuelle et préventive. En outre, la ségrégation des réseaux sexuels est appréhendée sous l'angle de frontières minoritaires. Ces deux dimensions – la trajectoire et les réseaux – permettent de resituer l'analyse des pratiques préventives dans un contexte social et relationnel donné qui construit le rapport au risque : dans des contextes sociaux, en tenant compte de l'âge à la migration et de la période, dans des contextes relationnels, en tenant compte des caractéristiques de la relation et des partenaires. Les quatre chapitres d'analyse qui suivent développent ces deux axes thématiques.





## CHAPITRE 4

### LES CONDITIONS D'ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ : TRAJECTOIRE MIGRATOIRE ET SOCIALIZATION DE GENRE<sup>47</sup>

---

Les premiers rapports sexuels cristallisent des dispositions antérieures concernant la socialisation de genre (Bozon 1993; Lagrange et Lhomond 1997). Or, pour des personnes qui ont migré, le contexte social dans lequel se déroule le premier rapport sexuel peut être différent du contexte de socialisation à la sexualité pendant l'enfance et l'adolescence.

Les personnes migrantes d'Afrique subsaharienne présentent une situation exemplaire tant les conditions d'entrée dans la sexualité sont différentes dans leur pays de naissance et en France. En Afrique subsaharienne, les femmes commencent leur vie sexuelle plus tôt que les hommes, et les écarts d'âge entre partenaires sont importants (Bozon et Hertrich 2001; Wellings, *et al.* 2006; Mishra, Swain, *et al.* 2008). Cela témoigne d'un modèle d'entrée dans la sexualité « traditionnel » dans lequel les femmes sont enjointes à ne pas retarder leur entrée dans le cycle « nuptialité/sexualité/reproduction », tandis que ce triptyque n'est pas requis pour les hommes (Bozon 2003). Des évolutions ont vu le jour dans la période récente et se traduisent par un report de l'entrée en nuptialité par rapport à l'entrée dans la

---

<sup>47</sup> Ce chapitre a fait l'objet d'une publication dans la revue *Population* : **Marsicano Elise, Lydié Nathalie et Bajos Nathalie** 2011 'Genre et migration : l'entrée dans la sexualité des migrants d'Afrique subsaharienne en France'. *Population-F*, 66 (2), 313-342 (cf. production scientifique)

sexualité, notamment pour les femmes (Hertrich 2007). En France, les conditions du premier rapport sexuel ont également beaucoup évolué et attestent un rapprochement des expériences féminines et masculines, même si la signification de cet acte et les relations entre partenaires témoigne d'une asymétrie persistante entre les sexes (Bozon 2008).

En analysant les caractéristiques du premier rapport sexuel de personnes migrantes d'Afrique subsaharienne, nous souhaitons mettre au jour l'influence des trajectoires migratoires des femmes et des hommes sur leurs premières expériences sexuelles, ainsi que les éventuelles transformations des relations de domination dans la sexualité après la migration. Après avoir décrit les variables utilisées (4.1), nous retraçons succinctement les caractéristiques du premier rapport sexuel en tenant compte des ressources individuelles et relationnelles (4.2). Puis, nous considérons trois profils d'entrée dans la sexualité en fonction des caractéristiques des trajectoires migratoires afin de mettre en exergue les effets différenciés du contexte de socialisation pendant l'enfance et du contexte social dans lequel s'est déroulé le premier rapport sexuel (4.3). Une attention particulière est portée aux situations qui rapprochent ou, au contraire, qui distinguent les expériences féminines et masculines.

## 4.1. MÉTHODOLOGIE

---

Les variables décrivant les calendriers d'entrée dans la sexualité et les parcours migratoires permettent de comparer les situations des femmes et des hommes et d'identifier des trajectoires de vie différenciées (Encadré 9). Les indicateurs relatifs aux écarts d'âges entre partenaires et au consentement du rapport sexuel permettent d'identifier les rapports de pouvoir entre les partenaires au sein d'une relation.

Dans le cadre de cette enquête, les caractéristiques socioculturelles peuvent être appréhendées à partir de l'information sur le niveau d'études – envisagé comme un indicateur de la socialisation scolaire et en particulier de sa durée –, ainsi que sur la religion et sa pratique actuelle ; nous considérons la pratique religieuse actuelle comme un indicateur de socialisation religieuse sans préjuger du sens de la relation entre pratique religieuse et entrée dans la sexualité (Caltabiano, Dalla Zuanna, *et al.* 2006).

### ENCADRÉ 9 – VARIABLES DISPONIBLES POUR DÉCRIRE LE PREMIER RAPPORT SEXUEL

Pour analyser les conditions d'entrée dans la sexualité, nous disposons de peu de questions dans l'enquête, outre l'âge d'ego et de son/sa partenaire – qui permettent de calculer par différence l'écart d'âge entre partenaires lors du premier rapport sexuel –, ainsi que le sexe de ce/cette partenaire<sup>48</sup>. Aucune autre information n'est disponible sur le premier partenaire et sur sa relation avec l'enquêté-e (époux, petit ami...). En outre, une question était posée sur le consentement du rapport sexuel (souhaité, non souhaité mais accepté, forcé). La formulation était la suivante : *Ce premier rapport sexuel était quelque chose... (1) que vous souhaitiez à ce moment-là, (2) que vous avez accepté mais que vous ne souhaitiez pas vraiment, (3) que vous avez été forcé de faire contre votre volonté*. Le taux de non-réponses à cette question était de 2,2 % (N=17) pour les hommes et de 0,5 % (N=4) pour les femmes.

Les parcours migratoires ont été appréhendés à travers l'année d'arrivée, l'âge à la migration et la raison principale de la venue en France. Les personnes ont pu vivre dans un autre pays que leur pays de naissance avant l'arrivée en France (c'est le cas de 14 % des hommes et de 10 % des femmes de l'enquête) et ont pu faire des allers-retours depuis leur première migration en France. Néanmoins, l'âge à la migration constitue un bon indicateur des parcours migratoires que l'on peut en outre croiser avec les raisons de la migration en France. Le motif principal de migration a été regroupé en cinq motifs (rejoindre un conjoint ou un membre de sa famille, faire des études, chercher un travail, pour des raisons politiques, pour raisons médicales). Entre les raisons qui ont pu servir à l'obtention d'un titre de séjour, la reconstruction *a posteriori* en fonction des parcours migratoires et le fait que, bien souvent, ce sont plusieurs raisons qui ont présidé à la décision de migrer, cette variable est extrêmement composite. En outre, le fait de migrer pour rejoindre un conjoint ou un membre de sa famille recouvre des réalités diverses selon l'âge à la migration et le sexe : les hommes et les femmes qui ont migré jeunes ont rejoint leurs parents, alors que les femmes qui ont migré plus tardivement ont, dans leur grande majorité, rejoint leur conjoint.

Une variable indiquant si le premier rapport sexuel s'est produit avant ou après la migration en France a été construite par différence entre l'âge déclaré à la migration en France et l'âge déclaré au premier rapport sexuel. Pour certaines personnes, le premier rapport sexuel – bien qu'ayant eu lieu après la migration – a pu se dérouler dans le pays de naissance de la personne ou dans un autre pays que la France. Les premiers rapports sexuels qui se sont déroulés la même année que la migration – situation qui concerne 76 personnes, soit 5 % de l'échantillon – ont été classés après la migration, considérant que le projet de migration était déjà engagé même si la personne n'avait pas encore migré. Considérer ces premiers rapports sexuels comme ayant eu lieu avant la migration ou les supprimer de l'analyse ne modifie pas les conclusions proposées (résultats non présentés).

<sup>48</sup> Nous avons exclu des analyses celles et ceux, peu nombreux, qui avaient eu un premier rapport sexuel avec quelqu'un du même sexe (N=6).

Nous avons construit trois profils d'entrée dans la sexualité en fonction des trajectoires migratoires. Ces profils permettent de distinguer le contexte de socialisation sexuelle – lieu dans lequel la personne a vécu durant l'enfance et l'adolescence – du contexte social de survenue du premier rapport sexuel (Schéma 2). Le rôle des socialisations scolaire et religieuse ne sera pas identique selon que les personnes ont principalement vécu dans leur pays de naissance ou en France. Quant au contexte du premier rapport sexuel, il peut modifier les relations entre partenaires et notamment la négociation des relations sexuelles. Pour construire ces profils, nous avons tenu compte de l'âge à la migration en France – qui informe sur les conditions de la migration et sur le contexte de socialisation sexuelle –, et de la chronologie entre le premier rapport sexuel et la migration en France – qui indique dans quel contexte a eu lieu le premier rapport sexuel. Les trois profils distinguent :

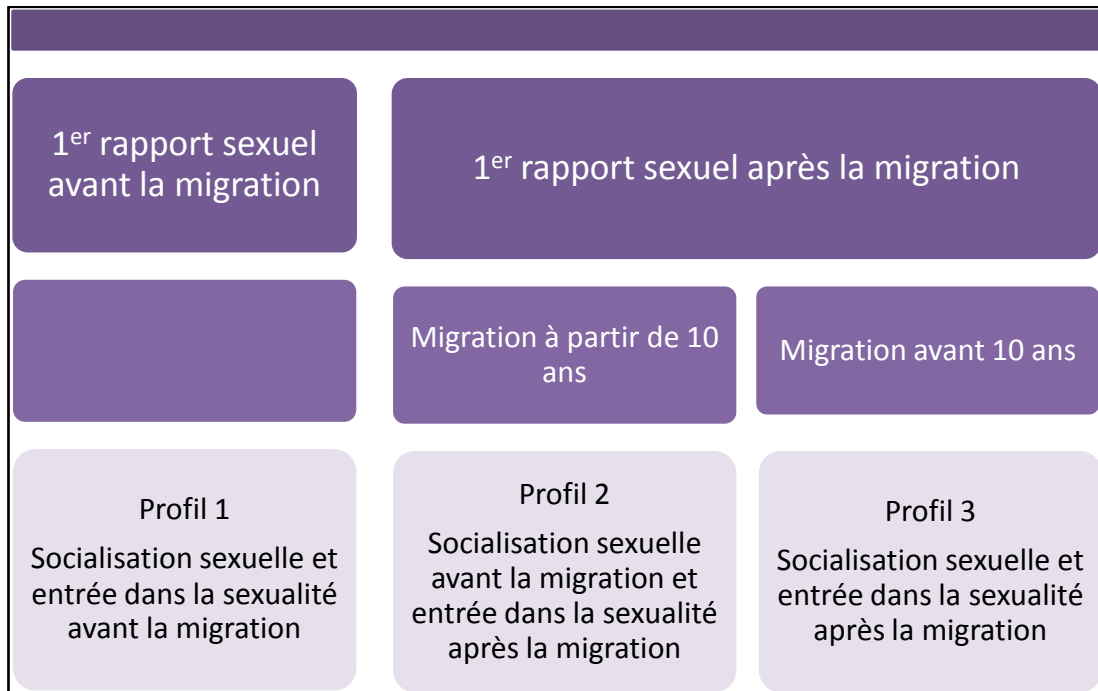
- **les personnes dont le premier rapport sexuel s'est déroulé avant la migration** (profil 1). La socialisation sexuelle et l'entrée dans la sexualité ont eu lieu dans le pays de naissance (550 hommes et 441 femmes) ;

- **les personnes qui ont migré après dix ans et qui ont vécu leur entrée dans la sexualité après la migration** (profil 2). Pour ces personnes, la socialisation sexuelle est partiellement antérieure à la migration alors que le rapport sexuel lui est postérieur (130 hommes et 229 femmes) ;

- **les personnes qui ont migré avant dix ans et qui ont commencé leur vie sexuelle après la migration** (profil 3). Ces personnes ont été majoritairement socialisées après la migration (56 hommes et 85 femmes).



**SCHÉMA 2 – PROFILS D’ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ**



Pour comparer les fréquences observées entre les groupes et les médianes, nous avons utilisé le chi-2 de Pearson. Des régressions logistiques ont été menées afin d’identifier les facteurs associés au fait d’avoir eu un premier rapport sexuel avant l’âge médian au premier rapport sexuel (avant 18 ans pour le profil 1, avant 19 ans pour le profil 2). Nous n’avons pas mené de régression logistique pour le troisième profil en raison de la faiblesse des effectifs.

Comme rappelé dans le deuxième chapitre, les profils des migrant·e·s de cette enquête reflètent les transformations de l’organisation migratoire en provenance d’Afrique subsaharienne : la proportion de femmes est équivalente à celle des hommes, le niveau d’instruction de ces populations est élevé et les raisons de la migration ainsi que les pays d’origine sont diversifiés par rapport aux migrations des années 1960. Cette modification des profils de migrant·e·s est à prendre en compte pour analyser les conditions d’entrée dans la sexualité.

## 4.2. UNE ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ PLUS TARDIVE POUR LES FEMMES

---

Dans notre échantillon, les femmes déclarent des rapports sexuels plus tardifs que les hommes (âge médian de 19,1 ans vs 17,8 ans), en particulier dans les générations les plus récentes (Tableau 4-1). Cette situation est opposée à celle observée en Afrique subsaharienne où d'une part, les femmes ont des rapports sexuels plus précoces que les hommes et, d'autre part, les transformations de la nuptialité conduisent à une convergence des calendriers féminins et masculins d'entrée dans la sexualité dans les générations les plus récentes (Hertrich 2007). Y compris parmi les personnes originaires d'Afrique de l'Ouest, les femmes ont des rapports sexuels plus tardifs que ceux des hommes, alors que cette région se caractérise par des âges au premier rapport sexuel particulièrement précoces pour les femmes (Bozon 2003).

Cette différence concernant les calendriers d'entrée dans la sexualité est principalement liée aux capitaux socioculturels des migrant·e·s (Tableau 4-1). Seules les personnes ayant au maximum un niveau d'études primaires présentent des âges au premier rapport sexuel proches de ceux observés en Afrique subsaharienne : les femmes ont alors des rapports sexuels plus précoces que les hommes (17,7 ans vs 20,0 ans). Au contraire, les hommes qui ont fait des études supérieures ont des rapports sexuels plus précoces que les femmes de même niveau d'études (17,6 ans vs 20,0 ans) et que les hommes n'ayant pas fait d'études (20,0 ans). Quant aux femmes venues pour poursuivre leurs études, elles ont débuté leur vie sexuelle plus tardivement que les hommes dans la même situation (19,8 ans vs 17,6 ans) (résultats non présentés).

Ces différences de calendrier entre les hommes et les femmes sont également à rapporter à la socialisation religieuse (Tableau 4-1). Les femmes et les hommes qui ne déclarent aucune religion connaissent des âges d'entrée dans la sexualité très proches. À l'inverse, les femmes déclarant une religion – à l'exception des protestantes pratiquantes – vivent leur premier rapport sexuel à un âge plus tardif que les hommes des mêmes groupes. Si la pratique d'une religion est généralement associée à un report de l'entrée dans la sexualité (Bozon 1993; Caltabiano, *et al.* 2006), ce phénomène n'est pas observé parmi les catholiques et les protestants

pratiquants par rapport aux catholiques et protestants non pratiquants. En revanche, les hommes qui déclarent être de religion musulmane et pratiquants ont leur premier rapport sexuel plus tardivement que les hommes musulmans non pratiquants (19,3 ans vs 17,8 ans). Pour les femmes musulmanes, l'entrée dans la sexualité est aussi plus tardive, qu'elles déclarent ou non pratiquer leur religion (21,1 ans et 21,0 ans).

**Tableau 4-1 - Âge médian au premier rapport sexuel en fonction des caractéristiques socioculturelles, par sexe**

	Hommes		Femmes		<i>p-value</i> entre les sexes
	Âge médian	Effectif	Âge médian	Effectif	
<b>Total</b>	<b>17,8</b>	<b>843</b>	<b>19,1</b>	<b>945</b>	<b>***</b>
<b>Âge à l'enquête</b>					
18-24 ans	18,1	196	21,0	314	***
25-34 ans	17,6	372	18,8	368	***
35-49 ans	18,0	275	18,6	263	**
<i>p-value</i> entre les âges médians, par sexe	NS		***		
<b>Région de naissance</b>					
Afrique de l'Ouest	18,4	510	19,6	553	***
Afrique centrale	17,1	274	18,3	338	***
Afrique de l'Est et australe	17,6	59	19,9	54	**
<i>p-value</i> entre les âges médians, par sexe	***		***		
<b>Niveau d'études</b>					
Primaire maximum	20,0	66	17,7	76	***
Secondaire	17,8	293	18,4	393	**
Supérieur	17,6	475	20,0	471	***
<i>p-value</i> entre les âges médians, par sexe	***		***		
<b>Religion et pratique actuelle</b>					
Catholique pratiquant régulier	16,8	87	18,8	164	***
Protestant pratiquant régulier	17,5	62	18,5	65	NS
Musulman pratiquant régulier	19,3	252	21,1	191	***
Catholique non pratiquant régulier	17,2	172	18,4	259	***
Protestant non pratiquant régulier	17,1	66	18,5	87	**
Musulman non pratiquant régulier	17,9	122	21,0	110	***
Autre religion	17,5	21	18,1	29	NS
Pas de religion	17,6	52	18,2	37	NS
<i>p-value</i> entre les âges médians, par sexe	***		***		
<b>Note</b> : la variable sur la pratique religieuse a été construite en tenant compte de la religion et de sa pratique actuelle, et en distinguant les personnes qui déclaraient une pratique actuelle régulière de leur religion des autres situations (pratique non régulière ou absence de pratique).					
<b>Lecture</b> : l'âge médian au premier rapport sexuel est de 17,1 ans pour les hommes originaires d'Afrique centrale vs 18,3 ans pour les femmes du même groupe.					
<b>Champ</b> : toutes les personnes de l'enquête, y compris celles qui ont déclaré ne jamais avoir eu de rapport sexuel					
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.					
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif					

Au-delà des ressources individuelles, les caractéristiques de la relation permettent d'appréhender les conditions dans lesquelles s'est déroulé le premier rapport sexuel (Tableau 4-2). S'il n'épuise pas l'analyse des relations de pouvoir au sein d'une relation, l'écart d'âge avec le partenaire constitue néanmoins un indicateur de relations inégalitaires (Bozon 1991). Lorsque l'homme et la femme ont sensiblement le même âge, cela dénote de relations plus égalitaires : cette situation concerne plus de la moitié des hommes mais seulement 15 % des femmes. Pour les femmes, la situation la plus courante est celle où leur partenaire a entre deux et quatre ans de plus qu'elles. Et elles sont près de 15 % à déclarer un partenaire plus âgé d'au moins dix ans.

**Tableau 4-2 - Âge médian au premier rapport sexuel en fonction des caractéristiques relationnelles, par sexe**

	Hommes			Femmes			<i>p-value</i> entre les sexes, par âge médian
	%	Âge médian	N	%	Âge médian	N	
<b>Écart d'âge entre partenaires</b>							
La femme est plus âgée	19,2	15,9	143	-	-	-	-
La femme et l'homme ont le même âge	57,1	17,1	424	14,8	18,3	101	***
L'homme a entre 2 et 4 ans de plus	21,0	20,1	156	41,5	18,0	284	***
L'homme a entre 5 et 9 ans de plus	2,7	23,8	20	29,7	18,9	203	***
L'homme a au moins 10 ans de plus	-	-	-	14,0	18,0	96	-
Total	100,0		743	100,0		684	
<i>p-value</i> entre les âges médians, par sexe		***			***		
<b>Consentement du rapport sexuel</b>							
Souhaité	90,0	17,5	658	67,1	18,6	510	***
Non souhaité mais accepté	7,8	16,9	57	25,7	17,9	195	**
Forcé	2,2	18,0	16	7,2	16,9	55	NS
Total	100,0		731	100,0		760	
<i>p-value</i> entre les âges médians, par sexe		NS			***		
<b>Lecture</b> : 57,1 % des hommes avaient le même âge que leur partenaire lors du premier rapport sexuel contre 14,8 % des femmes.							
<b>Champ</b> : personnes ayant déclaré un premier rapport sexuel avec un partenaire de l'autre sexe							
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.							
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif							

Les hommes ont eu des partenaires sexuelles d'autant plus jeunes qu'ils ont vécu leur premier rapport sexuel à un âge tardif, tandis que les femmes ont dans leur très grande majorité des partenaires plus âgés, indépendamment de leur âge au premier rapport sexuel (Tableau 4-2). En outre, elles sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir eu un premier rapport sexuel accepté sans l'avoir souhaité (26 % vs 8 %) ou un premier rapport sexuel forcé (7 % vs 2 %). La sous-déclaration de ces événements est sans doute plus importante pour les hommes : ils sont 40 % à ne déclarer aucune violence sexuelle au cours de la vie, alors qu'ils avaient déclaré un premier rapport forcé contre 10 % des femmes<sup>49</sup>. Cela peut être lié à une plus grande difficulté à déclarer ces expériences ou à une définition différente donnée au mot « forcé », la frontière entre un rapport sexuel non souhaité mais accepté et forcé n'étant pas la même pour toutes et tous. Les effectifs étant très faibles, ces résultats doivent néanmoins être interprétés avec précaution.

Pour les hommes, aucun lien n'est observé entre l'âge au premier rapport sexuel et le consentement du rapport sexuel, ce qui peut être dû à la faible fréquence des rapports sexuels non souhaités (Tableau 4-2). En revanche, les rapports sexuels non souhaités se vivent plus souvent à des âges jeunes pour les femmes : celles ayant déclaré un premier rapport sexuel souhaité l'ont vécu à 18,6 ans contre 17,9 ans lorsque le rapport sexuel était non souhaité mais accepté, et 16,9 ans lorsque le rapport sexuel était forcé. Les femmes les plus jeunes – qui ont par conséquent moins d'autonomie sociale et financière – se trouvent dans des relations dans lesquelles leur marge de manœuvre concernant la négociation des rapports sexuels peut être inexistante et ce, d'autant plus qu'elles ont des partenaires plus âgés. En effet, les femmes qui ont des partenaires plus âgés déclarent plus souvent des rapports sexuels non souhaités ou forcés ; c'est également le cas pour les hommes (résultats non présentés). Cela ne renvoie néanmoins pas aux mêmes situations pour les hommes et les femmes, les hommes qui ont des partenaires plus âgées représentent l'écart à la norme et se retrouvent alors dans des situations très spécifiques.

Ces premiers résultats mettent en exergue le rôle des capitaux socioculturels et leur influence différenciée selon le sexe. La socialisation scolaire contribue à reporter le premier rapport sexuel pour les femmes et à l'anticiper pour les hommes. La

---

<sup>49</sup> Une question sur les violences sexuelles au cours de la vie est posée plus loin dans le questionnaire.

pratique de la religion musulmane pour les hommes et l'appartenance à la religion musulmane pour les femmes sont associées à des âges plus tardifs au premier rapport sexuel. Ces résultats témoignent également de l'asymétrie des situations féminines et masculines, que l'on considère l'importance des écarts d'âges entre partenaires ou la fréquence des rapports sexuels non souhaités pour les femmes. Ces différences entre les expériences sexuelles féminines et masculines nécessitent d'être resituées au sein des trajectoires migratoires.

### 4.3. DES TRAJECTOIRES MIGRATOIRES QUI STRUCTURENT LES CONDITIONS D'ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ

---

Les trois profils construits permettent d'appréhender la diversité des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne, s'agissant des conditions d'entrée dans la sexualité. Ces trois profils correspondent aux situations suivantes (Tableau 4-3 et tableau annexe) :

- Le premier profil comprend les personnes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant de migrer. Pour ces personnes, la socialisation sexuelle et l'entrée dans la sexualité coïncident car elles se sont déroulées dans leur pays de naissance. Cette situation est majoritaire dans l'échantillon et concerne 75 % des hommes et 58 % des femmes (N=550 et N=441) ;

- Le second profil comprend les personnes qui ont vécu leur entrée dans la sexualité après la migration, tout en ayant migré après dix ans. Pour ces personnes, la socialisation sexuelle est pour une large part antérieure à la migration alors que le premier rapport sexuel lui est postérieur. Ce profil représente 18 % des hommes et 30 % des femmes (N=130 et N=229) ;

- Le troisième profil comprend les personnes dont le premier rapport sexuel s'est déroulé après la migration et qui ont migré avant dix ans. Afin de prendre en compte l'influence de la socialisation dans le pays d'arrivée, nous avons choisi de distinguer les personnes qui avaient migré en France avant dix ans, bien qu'elles ne représentent que 8 % des hommes et 11 % des femmes (N=56 et N=85). Si ces personnes sont des immigrées au sens où elles sont nées étrangères à l'étranger, leur expérience migratoire est non seulement différente de celle des personnes arrivées à un âge plus tardif, mais également similaire entre les hommes et les femmes, le regroupement familial y occupant une place majoritaire (72 %) (tableau annexe). Ces personnes ont été socialisées et scolarisées majoritairement après la migration.

Les caractéristiques sociales et migratoires des personnes appartenant aux trois profils sont présentées en annexe.



**Tableau 4-3 – Circonstances d’entrée dans la sexualité selon les profils, par sexe**

	Profil 1 Premier rapport sexuel avant la migration				Profil 2 Premier rapport sexuel après la migration Migration après 10 ans				Profil 3 Premier rapport sexuel après la migration Migration avant 10 ans			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Ensemble</b>	55,5	550	44,5	441	36,2	130	63,8	229	39,7	56	60,3	85
<b>Âge médian au premier rapport sexuel</b>	17,2		17,8		18,8		19,2		16,6		18,2	
<i>p-value</i> entre les sexes, par profil	***				NS				***			
<i>p-value</i> entre les profils, par sexe	***		***						***			
<b>Écart d'âge entre partenaires</b>												
La femme est plus âgée	16,8	88	-	1	10,2	13	1,4	3	12,7	7	-	0
La femme et l'homme ont le même âge	59,5	311	11,4	47	52,0	66	12,8	28	80,0	44	31,0	26
L'homme a entre 2 et 4 ans de plus	21,8	114	38,8	160	29,1	37	39,4	86	7,3	4	40,5	34
L'homme a entre 5 et 9 ans de plus	1,9	10	33,8	139	8,7	11	35,8	78	-	0	21,4	18
L'homme a au moins 10 ans de plus	-	0	16,0	66	-	1	10,6	23	-	0	7,1	6
Total	100,0	523	100,0	413	100,0	128	100,0	218	100,0	55	100,0	84
<i>p-value</i> entre les sexes, par profil	***				***				***			
<i>p-value</i> entre les profils, par sexe	***		***						***			
<b>Consentement du rapport sexuel</b>												
Souhaité	89,6	481	61,8	272	93,0	120	71,1	162	89,3	50	81,0	68
Non souhaité mais accepté	8,0	43	28,2	124	5,4	7	25,0	57	8,9	5	16,7	14
Forcé	2,4	13	10,0	44	1,6	2	4,0	9	1,8	1	2,4	2
Total	100,0	537	100,0	440	100,0	129	100,0	228	100,0	56	100,0	84
<i>p-value</i> entre les sexes, par profil	***				***				NS			
<i>p-value</i> entre les profils, par sexe	NS		***						NS			
<b>Lecture</b>	: parmi les personnes ayant vécu leur entrée dans la sexualité avant la migration, les femmes sont 10 % à avoir déclaré un premier rapport sexuel forcé vs 2,4 % des hommes											
<b>Champ</b>	: personnes ayant déclaré un premier rapport sexuel avec un partenaire de l'autre sexe											
<b>Source</b>	: enquête KABP migrants, Inpes, 2005.											
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif												

### 4.3.1. PROFIL 1 : QUAND LE PREMIER RAPPORT SEXUEL PRÉCÈDE LA MIGRATION

---

Ce profil concerne les personnes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant de migrer en France. En raison d'un âge plus tardif à la migration, les hommes ont plus souvent que les femmes vécu leur premier rapport sexuel avant d'arriver en France. Ce profil regroupe les migrations les plus récentes – la moitié des personnes sont arrivées après 2000 –, à savoir celles des migrant·e·s qui quittent leur pays pour des raisons d'opportunités de travail et d'insécurité politique (tableau annexe) (Barou 2002). Pour ces personnes, le premier rapport sexuel est largement antérieur à la migration avec un écart d'environ six ans (tableau annexe). Pour autant, les conditions d'entrée dans la sexualité dans ce profil sont notablement différentes de ce qui est observé en Afrique subsaharienne.

Parmi les personnes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant la migration, les femmes commencent leur vie sexuelle plus tardivement que les hommes (17,8 ans vs 17,2 ans) (Tableau 4-3). Les femmes qui sont originaires d'Afrique centrale connaissent une entrée dans la sexualité plus précoce que les femmes d'Afrique de l'Ouest (Tableau 4-4), reflétant les variations régionales observées en Afrique subsaharienne (Bozon 2003). Mais ces différences de calendrier sont à rapporter principalement aux différences de capitaux scolaires. Les femmes qui n'ont pas fait d'études ont des rapports sexuels plus précoces que les hommes dans la même situation (16,6 ans vs 18,8 ans). Au contraire, celles qui ont un niveau d'études supérieures ont des rapports sexuels plus tardifs que les hommes de même niveau d'études (18,4 ans vs 17,0 ans). La scolarisation féminine entraîne généralement un retard de l'entrée en union, les femmes qui se consacrent à leurs études évitant de s'investir dans des relations sentimentales et sexuelles (Lange 2007; Mouvagha-Sow 2007).

**Tableau 4-4 – Facteurs associés au fait d’avoir vécu le premier rapport sexuel avant 18 ans (profil 1), par sexe**

	Hommes		Femmes	
	OR ajusté[IC]	Effectif	OR ajusté[IC]	Effectif
<b>Effectif Total</b>		<b>519</b>		<b>383</b>
<b>Âge au moment de l'enquête</b>				
18-24 ans	1,94 [0,96;3,94] *	57	3,64 [1,62;8,15] ***	44
25-34 ans	1,40 [0,93;2,12] NS	255	1,12 [0,70;1,80] NS	147
35-49 ans	1	217	1	166
<b>Niveau d'études</b>				
Primaire maximum	0,34 [0,14;0,79] **	38	4,06 [1,81;9,12] ***	42
Secondaire	0,87 [0,57;1,33] NS	161	2,55 [1,56;4,17] ***	178
Supérieur	1	330	1	164
<b>Région de naissance</b>				
Afrique de l'Ouest	1	298	1	214
Afrique centrale	1,12 [0,69;1,83] NS	194	2,08 [1,25;3,47] ***	153
Afrique de l'Est et australe	1,09 [0,50;2,38] NS	37	0,44 [0,13;1,45] NS	17
<b>Religion et pratique actuelle</b>				
Musulman pratiquant régulier	0,58 [0,33;1,01] *	143	0,90 [0,45;1,81] NS	65
Autre religion pratiquant régulier	0,78 [0,47;1,29] NS	123	1,16 [0,68;1,98] NS	107
Musulman pratiquant non régulier	0,71 [0,36;1,42] NS	62	0,93 [0,39;2,21] NS	31
Autre religion pratiquant non régulier	1	201	1	181
<b>Écart d'âge entre partenaires</b>				
La femme est plus âgée	2,18 [1,24;3,81] ***	108	-	1
La femme et l'homme ont le même âge	1	299	1	46
L'homme a entre 2 et 4 ans de plus	0,27 [0,17;0,44] ***	112	2,14 [1,03;4,43] **	159
L'homme a entre 5 et 9 ans de plus	-	10	0,92 [0,43;1,96] NS	113
L'homme a au moins 10 ans de plus	-	0	0,95 [0,41;2,18] NS	65
<b>Consentement du rapport sexuel</b>				
Souhaité	1	473	1	239
Non souhaité mais accepté	1,16 [0,54;2,51] NS	43	1,40 [0,85;2,28] NS	112
Forcé	0,70 [0,21;2,31] NS	13	2,38 [1,00;5,66] **	33
<b>Lecture</b> : les femmes qui ont un niveau d'études secondaires ont 2,55 fois plus de chance de connaître leur entrée dans la sexualité avant 18 ans par rapport aux femmes d'un niveau d'études supérieures.				
<b>Champ</b> : personnes ayant vécu leur premier rapport sexuel avant de migrer en France				
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.				
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif				

L'implication dans les études traduit l'accès à une certaine autonomie et offre de nouvelles opportunités qui se construisent de manière différenciée selon le sexe : les hommes accèdent plus vite à un statut d'adulte, ce qui peut conduire à une anticipation de l'entrée dans la sexualité, alors que pour les femmes, les études invitent au report de l'entrée dans la sexualité (Tableau 4-4). Ainsi, un âge précoce au premier rapport sexuel prend un sens différent selon le sexe car il est lié à l'absence d'études et à une plus grande probabilité d'avoir vécu un rapport sexuel non souhaité pour les femmes, tandis qu'il est associé au fait d'avoir poursuivi des études pour les hommes. Ce n'est pas en soi l'âge au premier rapport sexuel qui est un marqueur de domination ou d'autonomie, mais bien le lien entre les calendriers d'entrée dans la sexualité et les capitaux scolaires.

Les femmes sont nombreuses à déclarer des partenaires ayant au moins dix ans de plus qu'elles (16 %) (Tableau 4-3). Lorsque l'homme est beaucoup plus âgé, cela induit une position subalterne pour la femme et peut indiquer que ces relations sexuelles ont eu lieu dans le cadre du mariage (Barbieri et Hertrich 2005). Quant aux hommes, ils sont près de 17 % à déclarer une première partenaire sexuelle plus âgée qu'eux. Si la distribution des écarts d'âges entre partenaires n'est pas la même pour les hommes et les femmes, le fait d'avoir un partenaire plus âgé est associé pour les deux sexes à des âges plus jeunes au premier rapport sexuel (Tableau 4-4).

S'agissant des rapports sexuels non souhaités, ils s'avèrent fréquents pour les femmes, qu'ils soient non souhaités mais acceptés (28 %) ou forcés (10 %) (Tableau 4-3). Les rapports sexuels non souhaités sont beaucoup moins fréquents pour les hommes. Néanmoins, les hommes originaires d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe déclarent plus souvent que ceux venant des autres régions avoir vécu un premier rapport sexuel non souhaité mais accepté (18 % vs 7 %) ou forcé (8 % vs 2 %) (résultats non présentés). Dans ces régions, de nombreux pays ont connu des guerres (Rwanda, Angola, République Démocratique du Congo) et des périodes de grande instabilité. Celles-ci sont propices aux agressions sexuelles et donc à l'augmentation des relations sexuelles contraintes, notamment pour les femmes (Lalou, Rogier, *et al.* 2006). Ces analyses semblent indiquer que les hommes seraient également concernés par ces violences sexuelles, même si le phénomène est peu documenté en raison notamment de stéréotypes sur la masculinité qui conduisent à

une stigmatisation très forte de ces hommes (Linou 2009). Ces résultats sont à considérer avec précaution en raison de la faiblesse des effectifs.

Parmi les personnes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant de migrer en France, l'écart de calendrier entre hommes et femmes est inversé par rapport à la situation en Afrique subsaharienne. Cela est principalement lié à la structure de notre échantillon – les personnes diplômées y étant surreprésentées. Néanmoins, les personnes migrantes d'Afrique subsaharienne possèdent un haut niveau d'études (Insee 2005) et sont beaucoup plus diplômées que les personnes vivant en Afrique subsaharienne en raison d'une sursélection scolaire des candidats et candidates à la migration (Beauchemin, *et al.* 2010b). Les capitaux scolaires jouent un rôle important, s'agissant à la fois de l'âge d'entrée dans la sexualité et du fait de migrer, phénomène que ne fait qu'accentuer la structure de notre échantillon. Ces résultats confirment le peu de pertinence qu'il y a à renvoyer les pratiques sexuelles des migrant·e·s à ce qui a cours dans leur pays de naissance.

La comparaison entre les personnes ayant migré depuis l'Afrique subsaharienne et les personnes vivant en Afrique subsaharienne trouve ici ses limites tant les profils sociaux, en particulier scolaires, de ces populations diffèrent. La comparaison avec la situation des personnes ayant débuté leur vie sexuelle après avoir migré en France (profil 2) peut en revanche permettre de distinguer ce qui relève du contexte de socialisation sexuelle et du contexte social d'entrée dans la sexualité. Si les personnes de ces deux profils ont été majoritairement socialisées dans leur pays de naissance, le contexte du premier rapport sexuel diffère entre ces deux profils.

#### **4.3.2. PROFIL 2 : QUAND LE PREMIER RAPPORT SEXUEL SUIT LA MIGRATION**

---

Ce profil concerne les personnes qui ont vécu leur entrée dans la sexualité après la migration et qui ont migré après l'âge de dix ans. Pour ces personnes, la socialisation sexuelle est pour une large part antérieure à la migration alors que le premier rapport sexuel s'est déroulé dans les années qui ont suivi la migration (tableau annexe). Si ces personnes ont été scolarisées pour partie dans leur pays de naissance, elles ont majoritairement fini leurs études en France. Elles présentent un

âge médian à la migration de 15 ans et ont majoritairement poursuivi leurs études au-delà du collège, voire même après le baccalauréat (tableau annexe).

Par rapport au premier profil, il s'agit de migrations plus anciennes – celles du milieu des années 1980 – et les études constituent un motif important de migration en France (tableau annexe). Cela peut contribuer à rendre compte de calendrier d'entrée dans la sexualité particulièrement tardif : l'âge médian au premier rapport sexuel est d'environ 19 ans pour ces hommes et ces femmes (Tableau 4-3). Bien que ces personnes aient vécu leur enfance et une partie de leur adolescence dans leur pays de naissance, aucune différence d'âge au premier rapport sexuel n'est observée selon la région d'origine (Tableau 4-5). Le contexte social dans lequel s'est déroulé le premier rapport sexuel semble ainsi jouer un rôle important, y compris pour les personnes qui ont été socialisées dans leur pays de naissance.

Les hommes et les femmes de ce profil ont commencé leur vie sexuelle plus tardivement que les personnes ayant migré après avoir débuté leur vie sexuelle (profil 1) (Tableau 4-3). Les personnes du deuxième profil migrent et commencent leur vie sexuelle sensiblement à la même période, ce qui peut contribuer à reporter le premier rapport sexuel. De la même façon que pour les femmes ayant vécu leur premier rapport sexuel avant la migration (profil 1), celles qui ont fait des études supérieures connaissent des âges au premier rapport sexuel plus tardifs que les hommes de même niveau d'études (résultats non présentés) et que les femmes ayant un niveau d'études secondaires (Tableau 4-5). Ainsi, la socialisation scolaire contribue à reporter l'entrée dans la sexualité des femmes, indépendamment du contexte social dans lequel le premier rapport s'est déroulé. En revanche, les hommes ayant un niveau d'études supérieures n'ont pas des rapports sexuels plus précoces que les hommes moins diplômés, contrairement à ce qui avait été observé parmi ceux du premier profil ; toutefois, cela peut être lié à la faiblesse des effectifs. Il semblerait néanmoins que, pour les hommes, les capitaux scolaires n'aient pas la même valeur selon le contexte social dans lequel s'est déroulé le premier rapport sexuel. En Afrique subsaharienne, les hommes ayant fait des études sont plus rares et constituent de fait une population sélectionnée, ce qui peut leur conférer un certain prestige. En France, l'effet de sélection du diplôme est beaucoup moins important pour les hommes et l'entrée dans la sexualité est structurée par d'autres facteurs, en particulier la socialisation religieuse.

**Tableau 4-5- Facteurs associés au fait d'avoir vécu le premier rapport sexuel avant 19 ans (profil 2), par sexe**

	Hommes			Femmes		
	OR ajusté [IC]		Effectif	OR ajusté [IC]		Effectif
<b>Effectif Total</b>			<b>125</b>			<b>208</b>
<b>Âge au moment de l'enquête</b>						
18-24 ans	1,56 [0,41;5,91]	NS	38	2,57 [1,09;6,08]	**	78
25-34 ans	1,98 [0,62;6,31]	NS	51	1,90 [0,82;4,41]	NS	87
35-49 ans	1		36	1		43
<b>Niveau d'études</b>						
Secondaire maximum	1		64	1		94
Supérieur	0,80 [0,32;1,98]	NS	61	0,25 [0,13;0,49]	***	114
<b>Région de naissance</b>						
Afrique de l'Ouest	1		84	1		120
Afrique centrale	1,37 [0,38;4,94]	NS	29	0,92 [0,44;1,91]	NS	75
Afrique de l'Est et australe	1,11 [0,21;5,91]	NS	12	1,31 [0,35;4,87]	NS	13
<b>Religion et pratique actuelle</b>						
Musulman pratiquant régulier	0,23 [0,06;0,83]	**	44	0,33 [0,12;0,89]	**	40
Autre religion pratiquant régulier	2,71 [0,50;14,78]	NS	14	0,82 [0,38;1,80]	NS	54
Musulman pratiquant non régulier	0,72 [0,18;2,81]	NS	25	0,21 [0,07;0,63]	***	27
Autre religion pratiquant non régulier	1		42	1		87
<b>Écart d'âge entre partenaires</b>						
La femme est plus âgée	0,27 [0,07;1,06]	*	14	-		-
La femme et l'homme ont le même âge	1		65	1		31
L'homme a entre 2 et 4 ans de plus	0,10 [0,03;0,30]	***	46	0,55 [0,21;1,43]	NS	84
L'homme a au moins 5 ans de plus	-		-	0,37 [0,14;0,96]	**	93
<b>Consentement du rapport sexuel</b>						
Souhaité	1		116	1		150
Non souhaité mais accepté ou forcé	4,07 [0,70;23,63]	NS	9	3,18 [1,55;6,50]	***	58
<b>Lecture</b> : les femmes ayant un niveau d'études supérieures ont 0,25 moins de chance de connaître leur entrée dans la sexualité avant 19 ans par rapport aux femmes d'un niveau d'études secondaires maximum.						
<b>Champ</b> : personnes ayant vécu leur premier rapport sexuel après la migration et ayant migré après 10 ans						
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.						
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif						

Dans ce profil, les hommes musulmans pratiquants déclarent des âges au premier rapport plus tardifs que les autres hommes (Tableau 4-5). Le fait que leur pratique religieuse personnelle soit associée à un retard de l'entrée dans la sexualité peut refléter un contrôle interne sur leurs pratiques sexuelles. Au contraire, les femmes musulmanes, qu'elles soient ou non pratiquantes, débudent leur vie sexuelle plus tardivement que les autres femmes, ce qui peut être le signe d'un contrôle familial sur leur sorties et leurs fréquentations. Ce double standard – contexte familial religieux pour les filles *vs* pratique religieuse personnelle pour les garçons – a également été observé à propos des jeunes hommes et femmes d'origine maghrébine en France<sup>50</sup> (Lagrange et Lhomond 1997). Nous n'avons rien observé de semblable pour les femmes ayant commencé leur vie sexuelle avant la migration (profil 1), ce qui peut indiquer un renforcement du contrôle sur la sexualité des femmes en contexte migratoire. En outre, la religion musulmane est susceptible de devenir un élément différenciateur dans un contexte catholique et laïc. Enfin, on peut faire l'hypothèse que ces migrant·e·s – étant les enfants des migrant·e·s de la première vague migratoire en provenance d'Afrique subsaharienne – ont été élevés dans des contextes plus traditionnels.

La migration ne conduit pas toujours à améliorer la situation des femmes ni à réduire l'asymétrie de genre. Les hommes appartenant à ce profil déclarent des écarts d'âges plus importants avec leur partenaire que ceux dont le premier rapport sexuel s'était déroulé avant la migration (profil 1) (Tableau 4-3). Deux phénomènes se combinent ici, une entrée dans la sexualité plus tardive après la migration (Tableau 4-3) et des écarts d'âges plus importants avec la partenaire lorsque le premier rapport sexuel est tardif (Tableau 4-2), pour aboutir à des écarts d'âge plus élevés pour les hommes ayant débuté leur vie sexuelle après la migration. Pour les femmes, les écarts d'âges sont sensiblement identiques à ceux des femmes du premier profil et restent importants (Tableau 4-3). En revanche, les premiers rapports sexuels forcés sont nettement moins fréquents pour les femmes qui ont commencé leur vie sexuelle après la migration. Cela peut indiquer une diminution d'un certain type de violence envers les femmes en contexte migratoire. Elles sont néanmoins près de 25 % à déclarer des rapports sexuels non souhaités mais acceptés.

---

<sup>50</sup> Pour une analyse critique de cette catégorie dans l'enquête ACFJ, se reporter au premier chapitre, p. 48.



Le contexte social du premier rapport sexuel semble modifier le rôle des socialisations scolaire et religieuse, comme en atteste la comparaison des personnes du premier et du deuxième profil. En contexte migratoire, le rôle de la religion semble se renforcer, notamment pour les femmes, tandis que les études perdent de leur influence pour les hommes. La migration n'aboutit pas forcément à une convergence des expériences féminines et masculines, comme en atteste l'importance des écarts d'âges avec leur partenaire pour les hommes. En outre, les rapports sexuels forcés – s'ils sont moins fréquents que dans le premier profil – restent associés à un âge précoce au premier rapport sexuel pour les femmes (Tableau 4-5). Indépendamment du contexte social, un âge précoce au premier rapport sexuel constitue un marqueur de relations contraintes dans lesquelles les marges de manœuvre des femmes sont faibles.

Si les personnes appartenant au second profil ont commencé leur vie sexuelle après la migration, elles ont été socialisées dans leur pays de naissance, contrairement aux personnes du troisième profil qui ont migré en France pendant leur enfance. La comparaison de ces deux groupes permet de distinguer le rôle du contexte de socialisation pour les personnes ayant vécu leur premier rapport sexuel après la migration.

### **4.3.3. PROFIL 3 : QUAND LES PERSONNES ONT MIGRÉ PENDANT LEUR ENFANCE**

---

Ce profil concerne les personnes dont le premier rapport sexuel s'est déroulé après la migration et qui ont migré avant dix ans. Il comprend les migrations les plus anciennes – la moitié est arrivée avant 1986 – et concerne principalement les enfants de personnes ayant migré dans les années 1970. Comme les personnes du profil précédent (profil 2), celles appartenant à ce profil ont vécu leur premier rapport sexuel en France. En revanche, contrairement à elles, leur socialisation et leur scolarisation se sont principalement déroulées en France et le premier rapport sexuel a eu lieu plus de dix ans après la migration (tableau annexe). Si la majorité est venue dans le cadre du regroupement familial, environ 20 % ont déclaré avoir migré pour

poursuivre leurs études. Cela renvoie vraisemblablement plus à un projet familial que personnel, étant donné l'âge auquel ces personnes ont migré (tableau annexe).

L'entrée dans la sexualité est bien plus précoce pour les hommes que pour les femmes (16,6 ans *vs* 18,2 ans). Ainsi, le fait de migrer à un âge jeune et une durée longue de socialisation en France ne sont pas forcément associés à une convergence des situations féminines et masculines. Ces résultats doivent néanmoins être interprétés avec précaution en raison de la faiblesse des effectifs dans ce profil (Tableau 4-3). Ces différences de calendrier peuvent être mises au compte d'une réussite scolaire différenciée selon le sexe<sup>51</sup>. En effet, les hommes de ce profil sont nettement moins nombreux que les femmes à avoir atteint un niveau d'études supérieures (tableau annexe), ce qui témoigne des différences de scolarisation des garçons et des filles en Afrique subsaharienne et en France. En Afrique subsaharienne, les personnes qui font des études constituent une population très spécifique tandis qu'en France, ces personnes sont scolarisées comme les autres personnes de leur âge. Les femmes de ce profil connaissent des âges d'entrée dans la sexualité proches de ceux des femmes de leur âge en France ayant fait des études supérieures tandis que pour les hommes, leur profil d'entrée dans la sexualité les rapproche des hommes de même âge s'étant arrêtés avant le baccalauréat (Bozon 2008). L'avantage scolaire des femmes sur les hommes a également été observé parmi les personnes nées en France de parents immigrés d'Afrique subsaharienne (Beauchemin, *et al.* 2010b). Le niveau scolaire des personnes de ce profil rapproche leur expérience de celle des personnes descendantes d'immigrés, plus que de celle des personnes immigrées.

Si les femmes ont toujours un premier partenaire plus âgé qu'elles, les écarts d'âges sont nettement moins importants que dans les autres profils (Tableau 4-3) et sont proches de ce qui est observé en France pour les femmes du même âge. En effet, 79 % des hommes et 31 % des femmes de ce profil ont eu un premier rapport sexuel avec une personne du même âge, contre respectivement 80 % et 45 % des 18-34 ans en France (Bozon 2008). Cet élément semble aller dans le sens de relations sexuelles plus égalitaires par rapport aux personnes ayant migré plus tardivement (profil 2).

---

<sup>51</sup> Les femmes qui ont fait des études supérieures ont vécu leur premier rapport sexuel plus tardivement que celles qui ont fait des études secondaires (âge médian : 18,7 ans *vs* 17,6 ans) tandis que pour les hommes, aucune différence n'est observée selon le niveau d'études (âge médian : 17,0 ans et 16,5 ans).

Cette diminution de l'asymétrie de genre est également attestée par la faible fréquence des premiers rapports sexuels forcés (Tableau 4-3). Le premier rapport sexuel est en effet très majoritairement souhaité et aucune différence significative n'est observée entre les sexes. Néanmoins, 11 % des hommes et 19 % des femmes déclarent des premiers rapports sexuels non souhaités mais acceptés ou forcés.

Comme dans les autres profils, les capitaux scolaires jouent un rôle déterminant sur l'entrée dans la sexualité mais, à l'inverse des autres profils, les femmes sont plus diplômées que les hommes. En outre, le niveau d'études prend un sens différent puisqu'il ne s'agit ni d'une sélection à la migration par le diplôme comme dans le premier profil, ni de migration pour poursuivre des études comme dans le second. Dans ce profil, le niveau d'études et les différences entre les sexes – à l'avantage des femmes cette fois-ci – sont à rapporter à la durée de leur socialisation en France. Le fait d'avoir migré pendant l'enfance dessine des conditions d'entrée dans la sexualité sensiblement moins inégalitaires par rapport aux personnes ayant migré plus tardivement, et rapproche leurs expériences de celles des personnes nées en France.

## CONCLUSION DU CHAPITRE

---

Alors que les travaux sur la sexualité des migrant·e·s s'appuient souvent, faute de données, sur ce qui a cours dans leur pays de naissance, ces résultats confirment le peu de pertinence de cette approche car ils possèdent des profils spécifiques par rapport aux personnes originaires des mêmes pays et qui n'ont pas migré. En outre, ils sont nombreux à avoir vécu une partie de leur socialisation sexuelle après la migration. De ce fait, les calendriers d'entrée dans la sexualité de ces migrant·e·s ne reflètent pas la situation observée dans leur pays de naissance, y compris pour ceux et celles qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant de migrer en France.

L'analyse a révélé l'influence des trajectoires migratoires sur les circonstances du premier rapport sexuel, qu'il s'agisse des calendriers d'entrée dans la sexualité ou de l'asymétrie de genre. L'influence des socialisations scolaire et religieuse diffère selon le contexte d'entrée dans la sexualité, de manière distincte pour les femmes et pour les hommes. L'implication dans les études contribue à reporter les débuts de la vie sexuelle des femmes, que le premier rapport sexuel ait eu lieu avant ou après la migration. En revanche, les études tendent à anticiper l'entrée dans la sexualité des hommes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant la migration. Quant à la socialisation religieuse, son rôle semble se renforcer en contexte migratoire, notamment pour les femmes. Ces résultats confirment la nécessité de resituer le rôle des socialisations scolaire et religieuse dans leur contexte social et l'absence de bien-fondé qu'il y a à agglomérer dans une même catégorie des personnes ayant des trajectoires migratoires différenciées.

Les rapports de pouvoir entre partenaires apparaissent fortement structurés par le contexte social dans lequel s'est déroulé le premier rapport sexuel. Parmi les personnes qui ont débuté leur vie sexuelle avant de migrer, les écarts d'âges entre partenaires, ainsi que la fréquence des premiers rapports sexuels forcés, notamment pour les femmes, témoignent de relations particulièrement inégalitaires entre hommes et femmes. Mais, au-delà du contexte social dans lequel s'est déroulé le premier rapport sexuel, le contexte de socialisation pendant l'enfance joue également un rôle important. En atteste le fait que les conditions d'entrée dans la sexualité

soient sensiblement moins inégalitaires pour les personnes ayant migré pendant leur enfance par rapport aux personnes qui ont migré au cours de leur adolescence.

Resituer l'entrée dans la sexualité au sein des trajectoires migratoires de ces personnes constitue un préalable à l'analyse des pratiques de protection des premiers rapports sexuels, celles-ci prenant sens dans des contextes sociaux et relationnels spécifiques (Santelli, *et al.* 1996; Bajos et Marquet 2000). Tel est l'objet du prochain chapitre.

## ANNEXE

## Caractéristiques sociales et migratoires selon les profils, par sexe

	Hommes				Femmes			
	Profil 1	Profil 2	Profil 3	Total	Profil 1	Profil 2	Profil 3	Total
Répartition	74,7	17,7	7,6	100,0	58,4	30,3	11,3	100,0
Effectif	550	130	56	736	441	229	85	755
<i>p</i> -value entre les sexes	***							
<b>Âge à l'enquête</b>					<i>p</i> -value			
18-24 ans	11,1	30,0	57,1	***	12,0	36,7	41,2	***
25-34 ans	48,2	40,8	37,5		43,8	40,6	54,1	
35-49 ans	40,7	29,2	5,4		44,2	22,7	4,7	
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	
<i>p</i> -value entre les sexes, par profil	NS	NS	NS					
<b>Niveau d'études</b>								
Primaire maximum	7,2	11,6	1,8	***	11,4	6,2	3,6	***
Secondaire	31,0	40,3	58,9		47,2	39,2	38,1	
Supérieur	61,8	48,1	39,3		41,5	54,6	58,3	
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	
<i>p</i> -value entre les sexes, par profil	***	NS	*					
<b>Religion</b>								
Catholique	34,3	28,1	34,6	**	49,2	47,2	43,5	NS
Protestante	18,1	8,6	14,6		18,4	15,7	16,5	
Musulmane	38,9	56,3	40,0		25,9	31,0	28,2	
Autre religion	2,2	2,3	3,6		3,6	2,6	4,7	
Pas de religion	6,6	4,7	7,3		2,9	3,5	7,1	
Total	100,0	100,0	100,0		100	100	100	
<i>p</i> -value entre les sexes, par profil	***	***	NS					
<b>Pratique actuelle de la religion</b>								
Pratique régulière	50,6	47,7	31,5	**	47,4	46,5	32,9	**
Pas de pratique régulière	49,5	52,3	68,5		52,6	53,5	67,1	
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	
<i>p</i> -value entre les sexes, par profil	NS	NS	NS					

## Caractéristiques sociales et migratoires selon les profils, par sexe (Suite)

	Hommes				Femmes			
	Profil 1	Profil 2	Profil 3	Total	Profil 1	Profil 2	Profil 3	Total
<b>Région de naissance</b>	<i>p-value</i>				<i>p-value</i>			
Afrique de l'Ouest	56,4	67,7	53,6	**	56,7	56,8	54,1	NS
Afrique centrale	36,6	22,3	39,3		38,8	36,7	38,8	
Afrique de l'Est et australe	7,1	10,0	7,1		4,5	6,6	7,1	
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	
<i>p-value</i> entre les sexes, par profil	NS	**	NS					
<b>Raison principale de la venue en France</b>								
Rejoindre un conjoint								
/ membre famille	10,7	29,2	71,4	***	41,6	38,9	72,9	***
Faire des études	41,0	36,9	19,6		27,8	48,7	21,2	
Chercher un travail	30,3	26,9	3,6		17,8	4,4	2,4	
Raisons politiques	16,4	6,2	1,8		7,5	4,9	2,4	
Raisons médicales	1,7	0,8	3,6		5,4	3,1	1,2	
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	
<i>p-value</i> entre les sexes, par profil	***	***	NS					
<b>Année d'arrivée en France</b>								
Avant 1989	14,0	41,5	69,6	***	15,7	37,6	76,5	***
Entre 1990 et 1999	36,2	37,7	30,4		36,1	35,4	23,5	
Entre 2000 et 2005	49,8	20,8	0,0		48,3	27,1	0,0	
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	
<i>p-value</i> entre les sexes, par profil	NS	NS	NS					
<b>Année du premier rapport sexuel</b>								
Avant 1989	48,7	28,5	6,1	***	48,5	21,0	8,2	***
Entre 1990 et 1999	45,6	35,4	46,4		45,1	37,6	50,6	
Entre 2000 et 2005	5,6	36,2	37,5		6,4	41,5	41,2	
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	
<i>p-value</i> entre les sexes, par profil	NS	NS	NS					
<b>Âge médian à la migration</b>	24,1	15,3	5,0	***	23,2	15,4	4,9	***
<i>p-value</i> entre les sexes, par profil	*	NS	NS					
<b>Écart entre l'âge médian au premier rapport sexuel et à la migration</b>	-6,9	3,5	11,6	***	-5,4	3,8	13,3	***
<i>p-value</i> entre les sexes, par profil	***	NS	***					
<b>Lecture</b> : 41,2 % des femmes du profil 3 vs 6,4 % des femmes du profil 1 sont arrivées après l'année 2000								
<b>Champ</b> : personnes qui ont eu un premier rapport sexuel avec un partenaire de l'autre sexe								
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.								
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif								







## CHAPITRE 5

### PROTECTION DES PREMIERS RAPPORTS SEXUELS ET SUITE DE LA TRAJECTOIRE SEXUELLE ET PRÉVENTIVE

---

Analyser les pratiques de protection lors de l'entrée dans la sexualité s'avère essentiel pour appréhender les évolutions ultérieures de la biographie sexuelle et préventive car les caractéristiques du premier rapport sexuel sont un marqueur d'attitudes durables, s'agissant des pratiques préventives (Bajos, Ducot, et al. 1998).

En France, la diffusion de la contraception puis du préservatif avec l'arrivée de l'épidémie de VIH/sida ont profondément modifié le contexte du premier rapport sexuel (Spira, *et al.* 1993; Rossier et Léridon 2004; Beltzer et Bajos 2008). Les campagnes de prévention de sida, qui ont commencé à la fin des années 1980, ont induit une norme de protection dès l'entrée dans la sexualité que traduit l'augmentation considérable de l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel pour les femmes comme pour les hommes (Spira, *et al.* 1993; Lagrange et Lhomond 1997; Guilbert, Baudier, *et al.* 2001; Beltzer, Lagarde, *et al.* 2005a). Elle atteint près de 90 % dans les générations les plus récentes (Lydié et Léon 2006; Beltzer et Bajos 2008). Le renforcement des normes de prescription contraceptive (Bajos et Ferrand 2001) s'inscrit dans un contexte plus global de médicalisation de la sexualité (Giami 2000; Léridon, Oustry, *et al.* 2002).

En Afrique subsaharienne, l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel a certes augmenté depuis le début des années 1980, mais dépasse rarement 40 % dans les générations récentes, en particulier dans les pays d'Afrique francophone (Mishra, Agrawal, *et al.* 2009). En outre, cette utilisation est beaucoup plus faible pour les femmes car l'entrée dans la sexualité continue de coïncider, plus souvent pour elles que pour les hommes, avec l'entrée en nuptialité (Hertrich 2007). Alors qu'en France, le préservatif a progressivement remplacé la pilule lors du premier rapport sexuel au cours des années 1990 et a favorisé l'installation de comportements de protection (Rossier et Léridon 2004), l'utilisation du préservatif en Afrique subsaharienne s'inscrit dans un contexte de moindre protection des rapports sexuels, notamment lors de l'entrée dans la sexualité.

Ces différences entre les contextes français et ceux d'Afrique subsaharienne renvoient à la manière dont sont envisagés les liens entre la sexualité et la reproduction, à l'accessibilité des moyens de contraception et du préservatif, ainsi qu'à l'autonomie décisionnelle des femmes. L'utilisation du préservatif s'inscrit en effet dans des contextes relationnels spécifiques qui favorisent ou constituent un frein à son utilisation. En outre, elle ne possède pas la même signification lorsque la reproduction constitue l'un des objectifs principaux de l'activité sexuelle et que l'accès à la contraception est limitée, et dans un contexte dans lequel, à l'inverse, l'injonction à la protection dès l'entrée dans la sexualité est très forte et l'accès à la contraception généralisé (Andro 2003).

Étudier les pratiques préventives et contraceptives des personnes migrantes d'Afrique subsaharienne lors de l'entrée dans la sexualité nécessite de tenir compte à la fois des évolutions du contexte de santé publique et du changement de contexte social. C'est en suivant ce double axe d'analyse – le contexte sociohistorique et le contexte sociogéographique, c'est-à-dire la période et le lieu du premier rapport sexuel – que nous analysons leurs pratiques de protection lors du premier rapport sexuel. Alors que la trajectoire migratoire s'est avérée très structurante des calendriers d'entrée dans la sexualité et de l'asymétrie de genre (cf. chapitre 4), on peut se demander si elle sera aussi déterminante pour analyser les pratiques contraceptives et préventives. Ou les évolutions du contexte de santé publique, marquées par l'irruption de l'épidémie de VIH/sida, possèdent-elles une influence

prépondérante sur les pratiques de protection et notamment sur l'utilisation du préservatif ?

Après avoir décrit les variables disponibles dans l'enquête pour répondre à cette question (5.1), nous retraçons l'évolution des pratiques de protection au cours du temps en les resituant dans la trajectoire migratoire (5.2). Puis, nous nous attachons à mettre au jour les processus qui structurent l'utilisation du préservatif. Ces processus varient selon le contexte social dans lequel s'est déroulé le premier rapport sexuel (5.3). Dans une dernière partie, nous examinons l'hypothèse selon laquelle les conditions de l'entrée dans la sexualité sont associées à des trajectoires sexuelles et préventives différenciées (5.4).

## 5.1. MÉTHODOLOGIE

---

Pour décrire les pratiques contraceptives et préventives lors du premier rapport sexuel, deux questions étaient disponibles dans l'enquête :

- *Lors de ce premier rapport sexuel, est-ce que vous ou votre partenaire avez employé une méthode pour éviter une grossesse ou les maladies/infections sexuellement transmissibles ?*
- *Quelle(s) méthode(s) avez-vous utilisée(s) ?* (ne rien suggérer, plusieurs réponses possibles).

Ces questions permettent de tenir compte de l'utilisation simultanée de plusieurs méthodes. En outre, la formulation de la première question a probablement permis de diminuer la sous-déclaration des méthodes dites naturelles en ne se référant pas à la contraception en tant que telle, mais au fait d'éviter une grossesse. Néanmoins, des analyses ont montré la nécessité de compléter un mode de questionnement ouvert sur la contraception par des questions de contrôle en cas de réponse négative afin de diminuer la sous-déclaration des méthodes « naturelles » qui ne sont pas toujours perçues comme des méthodes contraceptives (Sardon 1986). Par ailleurs, aucune question n'est disponible sur les raisons de l'absence d'utilisation d'une méthode contraceptive, sur les intentions de fécondité ainsi que sur le statut de la relation, alors que celles-ci auraient permis de resituer l'analyse des pratiques de protection dans un contexte plus global de gestion de la fécondité. Enfin, ces questions sont sujettes à des biais de mémoire puisqu'il s'agit d'un événement qui peut remonter à plusieurs années.

Les réponses ont été regroupées en quatre modalités : 1) aucune méthode n'a été utilisée ; 2) une méthode à l'exception du préservatif (il s'agit alors presque exclusivement de la pilule) ; 3) uniquement le préservatif ; 4) une méthode et le préservatif. Selon les analyses, nous avons utilisé cette variable en quatre modalités ou une variable en deux modalités (utilisation du préservatif vs absence d'utilisation du préservatif).

Afin de resituer l'analyse des pratiques de protection dans leur contexte social, les profils d'entrée dans la sexualité présentés précédemment ont été mobilisés. Pour appréhender le contexte de santé publique sous son versant socio-historique, nous

avons distingué cinq périodes (avant 1985, 1985-89, 1990-94, 1995-99, 2000-2005) qui permettent de resituer l'entrée dans la sexualité par rapport à l'arrivée du sida, à l'émergence des campagnes contre le sida, puis à leur routinisation. Pour certaines analyses, on a distingué trois modalités (avant 1985, 1985-94, 1995-2005). Quant aux variables permettant de décrire les caractéristiques du premier rapport sexuel, les capitaux socioculturels et le contexte relationnel, ce sont les mêmes que dans le chapitre précédent (chapitre 4, p. 165).

Deux éléments de la biographie sexuelle et préventive ont été retenus pour appréhender les liens entre les conditions d'entrée dans la sexualité et la suite de la biographie : le nombre de partenaires au cours des douze derniers mois<sup>52</sup> et l'utilisation actuelle d'une méthode contraceptive. Un calendrier précoce d'entrée dans la sexualité et un nombre important de partenaires sexuels constituent des indicateurs d'une dissociation entre sexualité et conjugalité : la mise en lien de ces deux indicateurs permet d'étudier dans quelle mesure les conditions d'entrée dans la sexualité constituent un marqueur de la biographie sexuelle ultérieure (Bozon 1993). Quant à l'analyse de la corrélation entre l'utilisation d'une méthode au premier rapport sexuel et actuellement, elle permet de considérer le rôle de la socialisation préventive sur la suite de la trajectoire.

Dans un premier temps, nous décrirons l'évolution de l'utilisation d'une méthode contraceptive et/ou préventive avant de resituer ces transformations au sein des profils d'entrée dans la sexualité. Dans un second temps, nous nous intéresserons aux déterminants de l'utilisation du préservatif selon que le premier rapport sexuel s'est déroulé avant ou après la migration. En effet, la convergence observée dans les niveaux d'utilisation du préservatif entre les personnes qui ont migré pendant leur enfance et leur adolescence nous a conduits à regrouper les personnes qui avaient vécu leur premier rapport sexuel après la migration, sans distinction d'âge à la migration. Il s'agit d'analyser le rôle des capitaux socioculturels et de l'asymétrie de genre sur les pratiques de protection afin de mettre au jour les processus différenciés qui structurent l'utilisation du préservatif en fonction du contexte social du premier rapport sexuel. Cette seconde partie a également pour objectif de montrer comment

---

<sup>52</sup> En raison du taux de non-réponse très élevé concernant le nombre de partenaires au cours de la vie (29 % pour les hommes et 11 % pour les femmes), nous avons recours au nombre de partenaires sexuels au cours des douze derniers mois. Cela permet en outre de comparer des contextes semblables (cette partie de la biographie sexuelle s'est majoritairement déroulée en France puisqu'il s'agit des 12 mois précédents l'enquête) avec un intervalle de temps identique (12 mois).

le contexte social peut permettre de rendre effective la socialisation préventive pour peu que d'autres facteurs y soient favorables. Enfin, nous mettrons en perspective les caractéristiques du premier rapport sexuel avec la suite de la biographie sexuelle et préventive afin d'étudier si les conditions d'entrée dans la sexualité sont associées à des trajectoires sexuelles et préventives différenciées.

## **5.2. UNE PROTECTION CROISSANTE DES PREMIERS RAPPORTS SEXUELS AVEC L'ARRIVÉE DU VIH/SIDA**

---

Les transformations du contexte de santé publique ces trente dernières années, marquées par l'irruption du VIH/sida, nous conduisent à décrire les évolutions d'utilisation des méthodes de contraception lors du premier rapport sexuel avant de resituer ces évolutions au sein des profils d'entrée dans la sexualité.

### **5.2.1. LA MISE EN PLACE D'UN SCRIPT PRÉVENTIF LORS DE L'ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ**

---

Les analyses menées attestent une protection croissante des premiers rapports sexuels au fil des générations (Figure 5-1 et Figure 5-2). Alors que, parmi les personnes qui ont commencé leur vie sexuelle avant 1980, seuls 13 % des hommes et 7 % des femmes déclarent avoir utilisé une méthode de protection, parmi celles dont le premier rapport sexuel s'est déroulé après 2000, ces pourcentages atteignent 62 % pour les hommes et 58 % pour les femmes.

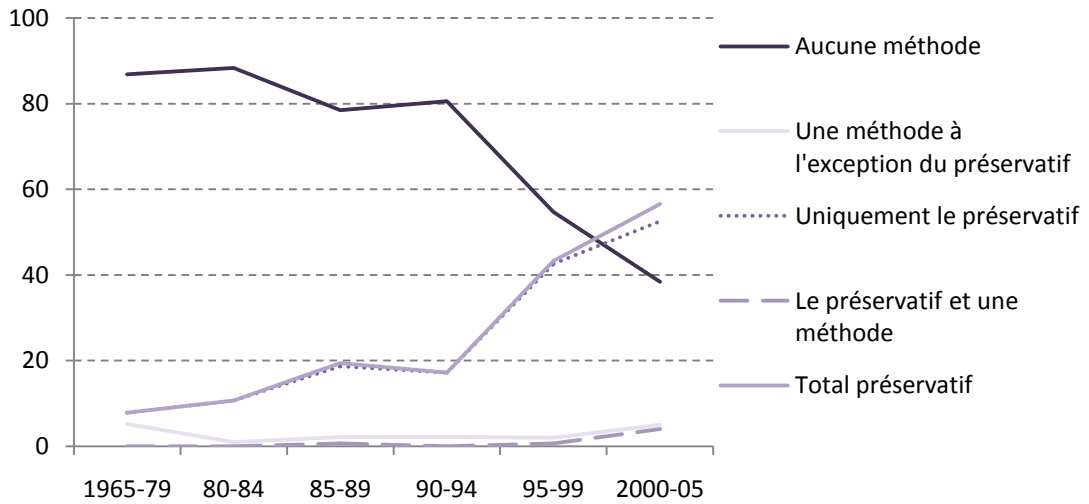
Cette augmentation s'explique très majoritairement par la progression de l'utilisation du préservatif. Minoritaire avant le milieu des années 1980, son utilisation se banalise à partir du milieu des années 1990 pour atteindre 57 % et 53 % parmi les hommes et les femmes dont le premier rapport sexuel s'est déroulé après 2000 (Figure 5-1 et Figure 5-2). En revanche, l'utilisation du préservatif ne s'accompagne que rarement de l'utilisation d'une méthode de contraception : la double utilisation ne concerne que 4 % des hommes et 7 % des femmes qui ont commencé leur vie sexuelle après 2000. Enfin, l'utilisation d'une méthode autre que le préservatif est peu fréquente (5 % des hommes et des femmes après 2000).

L'augmentation de l'utilisation du préservatif témoigne des évolutions du contexte de santé publique. À partir de la fin des années quatre-vingt et surtout au début des années quatre-vingt-dix, les campagnes de prévention enjoignent à l'utilisation du préservatif et ce, dès le premier rapport sexuel, que ce soit en France ou en Afrique subsaharienne. En Afrique subsaharienne, les politiques ont surtout



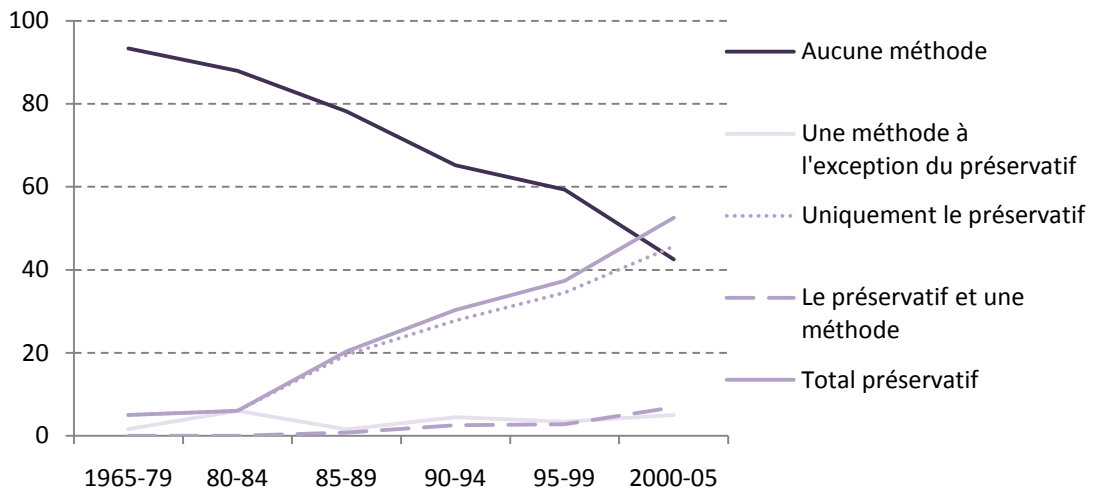
porté sur le report de l'âge d'entrée dans la sexualité, mais des politiques de mises à disposition large et bon marché des préservatifs ont également été promues.

**Figure 5-1- Évolution de l'utilisation d'une méthode de protection selon l'année du premier rapport sexuel, hommes**



**Champ** : hommes qui ont eu un premier rapport sexuel avec une femme  
**Source** : enquête KABP migrants, Inpes, 2005

**Figure 5-2 – Évolution de l'utilisation d'une méthode de protection selon l'année du premier rapport sexuel, femmes**



**Champ** : femmes qui ont eu un premier rapport sexuel avec un homme  
**Source** : enquête KABP migrants, Inpes, 2005

Ces évolutions nécessitent d'être resituées dans le contexte sociogéographique du premier rapport sexuel. Si la diversité des situations observées en Afrique subsaharienne n'autorise aucune généralité, l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel y demeure néanmoins beaucoup plus faible qu'en France. C'est particulièrement le cas en Afrique de l'Ouest (Mishra, *et al.* 2009), région dont est originaire la grande majorité des migrant·e·s interrogés dans l'enquête. Au vu de la faible utilisation de méthodes contraceptives (hors préservatif) dans ces populations, nous nous concentrons dans la suite de l'analyse sur l'utilisation du préservatif sans distinguer si elle s'accompagne ou non de l'utilisation d'une autre méthode contraceptive.

### **5.2.2. ANALYSE DE L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF EN FONCTION DES PROFILS D'ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ**

---

L'utilisation du préservatif lors de l'entrée dans la sexualité dépend fortement du contexte de santé publique, comme en témoigne l'augmentation continue de son utilisation au cours de la période dans les trois profils (Figure 5-3 et Figure 5-4).

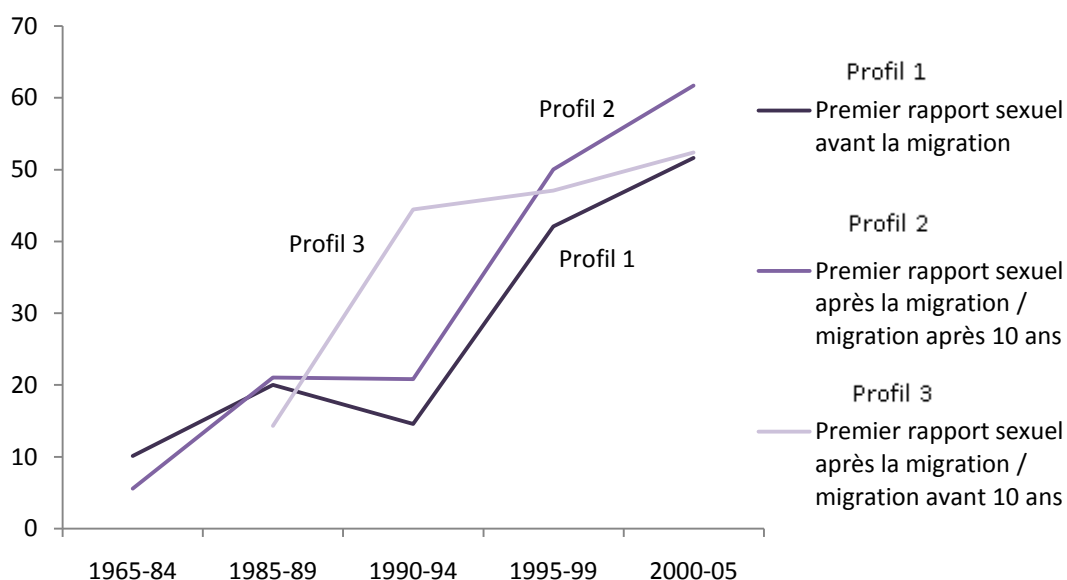
Parmi les personnes qui ont commencé leur vie sexuelle avant la migration, la majorité a débuté sa vie sexuelle avant le milieu des années 1990 (cf. chapitre 4), c'est-à-dire avant ou pendant la mise en place des premières campagnes de prévention. La faible utilisation du préservatif parmi ces personnes témoigne avant tout du contexte socio-historique dans lequel elles ont commencé leur vie sexuelle. Néanmoins, toutes n'ont pas commencé leur vie sexuelle à la même période, ce qui permet de mettre en exergue les évolutions des conditions d'entrée dans la sexualité (Figure 5-3 et Figure 5-4). L'augmentation de l'utilisation du préservatif au fil du temps traduit les évolutions du contexte de santé publique et le rôle des premières campagnes de prévention en Afrique subsaharienne. Si l'utilisation du préservatif ne concerne que 10 % des hommes et 7 % des femmes qui ont vécu leur premier rapport avant 1985, elle concerne 52 % des hommes et 43 % des femmes qui ont débuté leur vie sexuelle après 2000.

Dans le même temps, on observe un recul de l'âge d'entrée dans la sexualité : l'âge médian au premier rapport sexuel passe de 16,0 et 16,9 ans pour les hommes et

les femmes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant 1985 à 18,3 et 19,4 ans pour ceux et celles qui l'ont vécu après 2000. Cette élévation de l'âge d'entrée dans la sexualité sur la période semble traduire le recul de l'âge au premier mariage pour les femmes, en particulier parmi les populations les plus éduquées. En effet, le niveau d'études de ces personnes augmente sur la période (résultats non présentés), ce qui traduit à la fois l'élévation du niveau d'études dans les pays de départ et la sursélection scolaire des candidats à l'émigration. La dissociation de l'entrée en sexualité et en nuptialité s'accompagne de la mise en place d'un script préventif dès le premier rapport sexuel, notamment parmi les populations les plus éduquées.

Enfin, parmi les personnes qui ont commencé leur vie sexuelle avant de migrer, l'asymétrie de genre est particulièrement inégalitaire, comme en témoigne l'importance des écarts d'âges et la fréquence des rapports sexuels non consentis, notamment pour les femmes (cf. chapitre 4). Or, ces situations inégalitaires sont généralement associées à une moindre utilisation du préservatif. L'importance des écarts d'âges entre homme et femme peut également indiquer que ce premier rapport sexuel a eu lieu dans le cadre du mariage. La faible prévalence contraceptive et préventive ne doit pas automatiquement être analysée sous le prisme des besoins non satisfaits en termes de contraception (les « *unmet needs* »), mais peut tout aussi bien traduire l'absence d'utilité de la contraception lorsqu'une grossesse est recherchée.

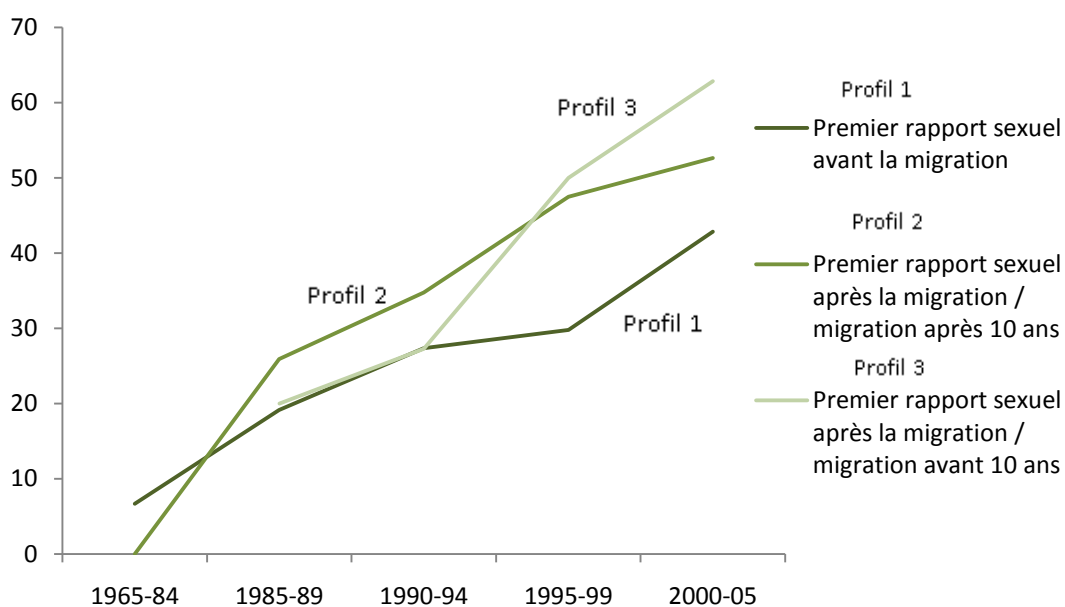
**Figure 5-3 - Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel, selon les profils d'entrée dans la sexualité, hommes**



**Champ** : hommes qui ont eu un premier rapport sexuel avec une femme

**Source** : enquête KABP migrants, Inpes, 2005

**Figure 5-4 - Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel, selon les profils d'entrée dans la sexualité, femmes**



**Champ** : femmes qui ont eu un premier rapport sexuel avec un homme

**Source** : enquête KABP migrants, Inpes, 2005

Parmi les personnes qui ont commencé leur vie sexuelle après la migration et qui ont migré après dix ans (profil 2), l'entrée dans la sexualité s'est effectuée au cours des années 1990, période à laquelle se mettent en place les campagnes de prévention contre le sida. Là encore, le contexte de santé publique apparaît déterminant et l'augmentation de l'utilisation du préservatif au cours du temps reflète l'influence des campagnes de prévention (Figure 5-3 et Figure 5-4).

Enfin, les pratiques préventives des personnes qui ont migré pendant leur enfance se distinguent fortement de ce qui est observé parmi la population vivant en France. Alors que l'analyse de leurs conditions d'entrée dans la sexualité, menée dans le chapitre précédent, avait montré des convergences importantes avec ce qui était observé en France parmi les personnes du même âge, l'analyse de leurs pratiques préventives met en exergue la singularité de cette population dans le contexte français. Bien que l'utilisation du préservatif soit plus élevée dans la période récente, elle ne dépasse pas 65 % parmi les personnes qui ont vécu leur premier rapport sexuel après 2000, alors qu'elle atteint près de 90 % pour les hommes et les femmes du même âge en France (Lydié et Léon 2006; Beltzer et Bajos 2008). La double utilisation (préservatif et méthode de contraception) reste très minoritaire : elle est déclarée par 10 % des femmes et par aucun homme. Cette proportion est beaucoup moins élevée que parmi les hommes et les femmes de mêmes âges en France (35 % des femmes et 18 % des hommes) (Beltzer et Bajos 2008)<sup>53</sup>.

Les capitaux socioculturels de ces personnes peuvent constituer un premier élément d'explication à cette situation. Les hommes qui ont migré pendant leur enfance ont un niveau d'études globalement plus faible que celui de la population française des mêmes générations, ce qui est généralement associé à une utilisation moindre du préservatif. À l'inverse, leur pratique religieuse est plus importante, ce qui peut constituer un frein à l'utilisation du préservatif (Baldwin, Whiteley, et al. 1992). En effet, les femmes qui déclarent pratiquer régulièrement leur religion ont beaucoup moins utilisé de préservatif lors de leur premier rapport sexuel que celles qui n'ont pas une pratique régulière de leur religion ou qui n'ont pas de religion (35% vs 59%) (tableau annexe). Aucune différence n'est observée pour les hommes,

---

<sup>53</sup> La différence très élevée observée entre les hommes et les femmes, aussi bien dans cette population que dans l'enquête *Contexte de la Sexualité en France*, tient au fait que les hommes ne sont pas toujours au courant de l'utilisation d'une méthode de contraception de leur partenaire. Concernant le fait qu'aucun homme n'ait déclaré de double utilisation, il convient cependant d'être prudent en raison de l'effectif réduit des hommes de ce profil.

ce qui atteste le rôle sexuellement différencié de la socialisation religieuse. Cette faible prévalence préventive et contraceptive peut également traduire un manque d'information sur la contraception, ainsi que des difficultés d'accès à la contraception. Cela peut être lié à l'absence de légitimité de la sexualité des jeunes, particulièrement saillante dans certains milieux sociaux (Bajos, Ferrand, *et al.* 2002). Enfin, on ne peut exclure l'hypothèse que certains de ces premiers rapports sexuels aient eu lieu dans le cadre du mariage.

**Tableau 5-1 – Utilisation du préservatif selon la période du premier rapport sexuel, par profils d'entrée dans la sexualité et par sexe**

		Hommes				Femmes			
		1965-84	1985-94	1995-2005	Total	1965-84	1985-94	1995-2005	Total
<b>Total</b>	%	9,3	18,1	49,0	26,1	5,6	25,6	44,5	30,2
	N	183	322	247	752	144	285	339	768
	<i>p-value</i> par période	***				***			
<b>Premier rapport sexuel avant la migration</b>									
	%	9,9	16,7	43,9	21,5	6,6	23,0	32,3	21,4
	N	162	257	139	558	121	191	133	445
	<i>p-value</i> par période	***				***			
<b>Premier rapport sexuel avant la migration</b>									
	%	5,0	23,7	56,6	40,5	0,0	30,3	53,2	42,9
	N	20	59	106	185	23	89	203	315
	<i>p-value</i> par période	***				***			
<b>Dont migration après 10 ans</b>									
	%	5,6	20,9	58,8	38,9	0,0	31,5	51,5	40,4
	N	18	43	70	131	21	73	136	230
	<i>p-value</i> par période	***				***			
<b>Dont migration avant 10 ans</b>									
	%	-	31,3	52,8	46,2	-	25,0	56,7	50,6
	N	2	16	36	54	2	16	67	85
	<i>p-value</i> par période	NS				**			
<i>p-value</i> entre les 3 profils, par période									
		-	NS	NS	***	-	NS	***	***
<i>p-value</i> selon que le premier rapport sexuel a eu lieu avant ou après la migration, par période									
		NS	NS	**	***	NS	NS	***	***
<i>p-value</i> entre les profils 2 et 3, par période									
		-	NS	NS	NS	-	NS	NS	NS
<b>Lecture</b> : parmi les femmes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant la migration, 21,4 % ont utilisé un préservatif lors de ce rapport sexuel vs 42,9 % parmi les femmes qui l'ont vécu après la migration									
<b>Champ</b> : personnes ayant commencé leur vie sexuelle avec un partenaire de l'autre sexe									
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.									
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif									

Alors que les conditions d'entrée dans la sexualité diffèrent fortement selon que les personnes ont migré pendant leur enfance ou pendant leur adolescence, attestant l'importance du contexte de socialisation pendant l'enfance, peu de différences sont observées concernant les niveaux d'utilisation du préservatif. Cela indique que le contexte social dans lequel s'est déroulé le premier rapport sexuel joue un rôle majeur sur la socialisation préventive et les pratiques de protection. Le fait de commencer sa vie sexuelle en France permet notamment un accès facilité à la contraception. En outre, on peut faire l'hypothèse que la socialisation préventive a un effet plus immédiat sur les pratiques préventives. Les personnes qui ont migré pendant leur adolescence ont été exposées aux campagnes de prévention avant de commencer leur vie sexuelle. Contrairement à la socialisation de genre qui se construit et se renforce tout au long de l'enfance et de l'adolescence, la socialisation préventive peut être beaucoup plus rapide, dans le sens où elle devient effective au moment où elle prend sens pour les individus, c'est-à-dire lorsqu'ils commencent leur vie sexuelle et sont confrontés à la question de l'utilisation ou de la non-utilisation du préservatif. Cela nous incite à parler d'une socialisation ponctuelle, qui ne nécessite pas forcément de longues années pour être efficace.

Enfin, le fait que les personnes qui ont migré pendant leur enfance et pendant leur adolescence aient vécu leur premier rapport sexuel à la même période contribue à rendre compte de la convergence des niveaux d'utilisation du préservatif dans ces deux profils (Tableau 5-1). C'est pourquoi nous avons fait le choix de les regrouper dans la suite des analyses. Cela conduit à distinguer les personnes selon qu'elles ont vécu leur premier rapport sexuel avant ou après la migration, sans tenir compte de l'âge à la migration. La deuxième partie de l'analyse sera ainsi consacrée à étudier les déterminants de l'utilisation du préservatif en fonction du contexte social du premier rapport sexuel, afin de déterminer si les mêmes processus sont à l'œuvre selon que le premier rapport sexuel s'est déroulé en Afrique subsaharienne ou en France.



### **5.3. LE CONTEXTE SOCIO-GÉOGRAPHIQUE DU PREMIER RAPPORT SEXUEL : UN ÉLÉMENT DÉTERMINANT DE L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF**

---

Non seulement des différences dans les niveaux d'utilisation du préservatif sont observées selon le contexte social du premier rapport sexuel mais, en outre, les processus qui structurent l'utilisation du préservatif varient selon le contexte. Enfin, le fait de vivre son premier rapport sexuel en France peut permettre de rendre effective la socialisation préventive. C'est ce que nous attacherons à montrer dans cette partie.

#### **5.3.1. DES FACTEURS DIFFÉRENCIÉS SELON LE CONTEXTE SOCIO-GÉOGRAPHIQUE**

---

Quel que soit le lieu du premier rapport sexuel, certains facteurs jouent un rôle important sur l'utilisation du préservatif, pour les hommes et les femmes (Tableau 5-2 et Tableau 5-3). Il en est ainsi de la période à laquelle s'est déroulé le premier rapport sexuel. Le fait que le premier rapport sexuel ait eu lieu après 1995 est significativement associé à une utilisation plus forte du préservatif, que celui-ci se soit produit avant ou après la migration. Il en est de même, s'agissant de l'asymétrie de genre, comme l'atteste le rôle du consentement lors de ce premier rapport sexuel. Ainsi, les femmes qui ont déclaré un premier rapport sexuel non souhaité connaissent une probabilité plus faible d'avoir utilisé un préservatif, qu'elles aient vécu leur premier rapport sexuel avant ou après la migration (avant :  $OR=0,20$  ; après :  $OR=0,45$ ). Pour les hommes, le fait de déclarer un rapport sexuel non souhaité est lié à une moindre utilisation du préservatif. Néanmoins, cette association ne persiste pas dans les analyses multivariées, probablement en raison d'effectifs faibles, même si l'on observe une tendance, que le premier rapport sexuel se soit déroulé avant ou après la migration.

D'autres facteurs jouent un rôle différencié selon le contexte social du premier rapport sexuel et selon le sexe. Pour les femmes, ce sont avant tout les capitaux socioculturels qui structurent l'utilisation du préservatif de manière différente selon

que le premier rapport sexuel s'est déroulé avant ou après la migration (Tableau 5-3). Pour celles qui ont commencé leur vie sexuelle avant la migration, les capitaux scolaires permettent une appropriation des messages préventifs, comme en atteste l'utilisation plus élevée du préservatif parmi celles qui ont fait des études supérieures par rapport à celles qui ont un niveau d'études secondaires (OR=1,68), et surtout l'utilisation plus faible parmi celles qui n'ont pas fait d'études (OR=0,10). À l'inverse, parmi celles qui ont commencé leur vie sexuelle après la migration, les études ne semblent plus jouer un rôle déterminant. En contexte migratoire, au contraire, c'est la socialisation religieuse qui semble constituer un frein à l'utilisation du préservatif puisque les femmes qui se déclarent musulmanes pratiquantes régulières connaissent une probabilité plus faible d'avoir utilisé un préservatif (OR=0,27), ainsi que celles qui se déclarent musulmanes mais sans pratiquer régulièrement (OR=0,46) par rapport à celles d'une autre religion ne pratiquant pas régulièrement. Le fait de se déclarer de religion musulmane peut être considéré comme une variable proxy du contrôle social sur la sexualité avant le mariage. L'importance du principe de virginité peut être réaffirmée en contexte migratoire, dans un contexte social où la virginité n'est plus attendue pour les filles.

La socialisation scolaire a un rôle différenciateur parmi les femmes qui ont commencé leur vie sexuelle avant la migration car beaucoup de filles ne sont pas scolarisées tandis que, parmi les femmes qui ont débuté leur vie sexuelle après la migration, d'autres facteurs de différenciation apparaissent, la scolarisation étant généralisée pour les femmes qui ont migré jeunes. C'est alors la socialisation religieuse qui devient un élément discriminant dans un contexte migratoire laïc et catholique. Le lien entre la pratique religieuse et l'absence d'utilisation du préservatif peut traduire à la fois l'absence d'utilité des moyens contraceptifs lorsque la sexualité a pour but la procréation, mais surtout l'illégitimité de la sexualité dans des contextes familiaux religieux.

**Tableau 5-2 – Caractéristiques associées à l'utilisation du préservatif selon le lieu du rapport sexuel, hommes**

	Premier rapport sexuel avant la migration			Premier rapport sexuel après la migration		
	OR ajusté[IC] <sup>(1)</sup>		Effectif	OR ajusté[IC] <sup>(2)</sup>		Effectif
<b>Niveau d'études</b>						
Primaire maximum	0,74[0,27;2,03]	NS	35	0,22[0,02;2,26]	NS	15
Secondaire	1		155	1		83
Supérieur	1,27[0,74;2,18]	NS	325	1,42[0,66;3,07]	NS	79
<b>Région de naissance</b>						
Afrique de l'Ouest	1		288	1		113
Afrique centrale	0,35[0,19;0,64]	***	193	1,57[0,56;4,36]	NS	50
Afrique de l'Est et australe	0,60[0,21;1,72]	NS	34	2,38[0,50;11,35]	NS	14
<b>Religion et pratique actuelle</b>						
Musulman pratiquant régulier	0,92[0,48;1,77]	NS	137	1,19[0,40;3,56]	NS	55
Autre religion pratiquant régulier	1,26[0,66;2,41]	NS	122	0,68[0,21;2,19]	NS	22
Musulman pratiquant non régulier	0,65[0,29;1,47]	NS	61	0,82[0,27;2,52]	NS	36
Autre religion non pratiquant régulier ou sans religion	1		195	1		64
<b>Âge au premier rapport sexuel</b>						
<16 ans	1		168	1		35
>= 16 ans	4,05[2,00;8,19]	***	347	1,31[0,50;3,43]	NS	142
<b>Écart d'âge entre partenaires</b>						
L'homme est plus jeune	1		122	1		51
La femme et l'homme ont le même âge	1,51[0,87;2,62]	NS	303	3,53[1,28;9,75]	**	106
L'homme est plus âgé	0,89[0,38;2,01]	NS	90	4,68 [1,06;20,60]	**	20
L'homme a au moins 5 ans de plus						
<b>Consentement du rapport sexuel</b>						
Souhaité	1		463	1		163
Non souhaité	0,44[0,17;1,15]	*	52	0,21[0,04;1,13]	*	14
<b>Année du premier rapport sexuel</b>						
Avant 1985	1		147	0,74 [0,04;15,27]	NS	20
1985-94	2,27 [1,03;5,01]	**	235	1		57
1995-2005	6,80 [2,52;18,34]	***	133	4,12 [1,64;10,38]	***	100
<b>Lecture</b> : parmi les hommes qui ont commencé leur vie sexuelle après la migration, ceux dont la partenaire avait le même âge ont 3,53 fois plus de chance d'avoir utilisé un préservatif que ceux qui étaient plus jeunes que leur partenaire.						
<b>Champ</b> : personnes ayant commencé leur vie sexuelle avec un partenaire de l'autre sexe						
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.						
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif						
<sup>(1)</sup> Ajusté sur l'âge à l'enquête						
<sup>(2)</sup> Ajusté sur l'âge à l'enquête et sur l'âge à la migration						

**Tableau 5-3 – Caractéristiques associées à l'utilisation du préservatif selon le lieu du rapport sexuel, femmes**

	Premier rapport sexuel avant la migration		Premier rapport sexuel après la migration	
	OR ajusté[IC] <sup>(1)</sup>	Effectif	OR ajusté[IC] <sup>(2)</sup>	Effectif
		412		295
<b>Niveau d'études</b>				
Primaire maximum	0,1[0,01;0,79] **	44	0,18[0,02;1,51] NS	15
Secondaire	1	194	1	114
Supérieur	1,68[0,97;2,91] *	174	1,17[0,68;1,99] NS	166
<b>Région de naissance</b>				
Afrique de l'Ouest	1	232	1	165
Afrique centrale	0,54[0,30;0,97] **	162	1,09[0,60;1,99] NS	111
Afrique de l'Est et australe	0,65[0,20;2,09] NS	18	0,88[0,29;2,62] NS	19
<b>Religion et pratique actuelle</b>				
Musulman pratiquant régulier	0,59[0,24;1,44] NS	71	0,27[0,11;0,63] ***	50
Autre religion pratiquant régulier	1,20[0,65;2,24] NS	118	0,58[0,31;1,12] NS	72
Musulman pratiquant non-régulier	0,87[0,32;2,36] NS	31	0,46[0,21;1,02] *	42
Autre religion non pratiquant régulier ou sans religion	1	192	1	131
<b>Âge au premier rapport sexuel</b>				
<16 ans	1	82	1	29
>= 16 ans	1,14[0,55;2,37] NS	330	1,37[0,55;3,47] NS	266
<b>Écart d'âge entre partenaires</b>				
La femme et l'homme ont le même âge	1	47	1	54
L'homme a entre 2 et 4 ans de plus	2,56[0,95;6,90] *	160	0,78[0,37;1,61] NS	118
L'homme a au moins 5 ans de plus	2,19[0,81;5,95] NS	205	0,87[0,41;1,87] NS	123
<b>Consentement du rapport sexuel</b>				
Souhaité	1	259	1	220
Non souhaité	0,20[0,10;0,39] ***	153	0,45[0,24;0,83] **	75
<b>Année du premier rapport sexuel</b>				
Avant 1985	1	108	-	19
1985-94	2,93[1,10;7,77] **	180	1	82
1995-2005	2,85[0,90;9,07] *	94	2,51[1,31;4,82] ***	194
<b>Lecture</b> : parmi les femmes qui ont commencé leur vie sexuelle avant la migration, celles qui ont un niveau d'études supérieures ont 1,68 fois plus de chance d'avoir utilisé un préservatif que les femmes qui ont un niveau d'études secondaire.				
<b>Champ</b> : personnes ayant commencé leur vie sexuelle avec un partenaire de l'autre sexe				
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.				
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif				
<sup>(1)</sup> Ajusté sur l'âge à l'enquête				
<sup>(2)</sup> Ajusté sur l'âge à l'enquête et sur l'âge à la migration				

Pour les hommes, ce sont avant tout les caractéristiques du premier rapport sexuel qui sont associées à l'utilisation du préservatif (Tableau 5-2). Parmi ceux qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant la migration, ceux qui l'ont vécu après 16 ans ont une probabilité plus élevée d'avoir utilisé un préservatif que ceux qui l'ont vécu avant 16 ans (OR=4,05), tandis qu'aucune différence n'est observée après la migration. En contexte migratoire, ce sont les écarts d'âges avec la partenaire qui jouent un rôle, comme en atteste l'utilisation plus élevée du préservatif parmi les hommes qui avaient le même âge que leur partenaire (OR=3,53) ou qui étaient plus âgés (OR=4,68) par rapport à ceux qui étaient plus jeunes.

Certains facteurs structurent l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel, que celui-ci se soit déroulé avant ou après la migration. C'est le cas de la période d'entrée dans la sexualité ou du consentement. D'autres facteurs possèdent un rôle différencié selon le contexte social du premier rapport sexuel et selon le sexe : socialisation scolaire pour les femmes avant la migration *vs* socialisation religieuse après la migration, âge au premier rapport sexuel pour les hommes avant la migration *vs* écart d'âge avec la partenaire après la migration. En outre, le fait de vivre son premier rapport sexuel en France peut permettre de rendre effective la socialisation préventive pour peu que le contexte historique, les capitaux socioculturels et l'asymétrie de genre y soient favorables. C'est ce que nous nous attacherons à montrer dans la prochaine partie.

### **5.3.2. VIVRE SON PREMIER RAPPORT SEXUEL EN FRANCE : UNE ACTUALISATION DE LA SOCIALISATION PRÉVENTIVE ?**

---

Nous discutons ici des possibles interactions entre le contexte social et les autres facteurs qui influencent l'utilisation du préservatif et ce, dans deux directions : le contexte historique du premier rapport sexuel ainsi que les socialisations scolaire et religieuse, et les caractéristiques du premier rapport sexuel.

**Tableau 5-4 - Interaction entre le contexte social du premier rapport et les déterminants de l'utilisation du préservatif, par sexe**

	Hommes		Femmes	
	OR[IC] <sup>(1)</sup>		OR[IC] <sup>(1)</sup>	
<b>Période du premier rapport</b>				
Avant 1995	1,28[0,63 ; 2,57]	NS	0,97[0,51 ; 1,83]	NS
À partir de 1995	1,86[1,02 ; 3,38]	**	2,57[1,54 ; 4,30]	***
<b>Niveau d'études</b>				
Primaire maximum	-		-	
Secondaire	1,49[0,70 ; 3,17]	NS	2,08[1,15 ; 3,78]	**
Supérieur	1,82[1,00 ; 3,30]	**	1,75[1,04 ; 2,94]	**
<b>Religion et pratique actuelle</b>				
Musulman pratiquant régulier	1,08[0,49 ; 2,38]	NS	1,01[0,30 ; 3,43]	NS
Autre religion pratiquant	2,74[0,77 ; 9,82]	NS	1,28[0,62 ; 2,67]	NS
Musulman pratiquant non régulier	0,67[0,20 ; 2,25]	NS	1,71[0,50 ; 5,89]	NS
Autre religion non pratiquant régulier	2,86[1,35 ; 6,05]	***	2,59[1,47 ; 4,57]	***
<p><b>Lecture :</b> les femmes qui ont vécu leur premier rapport sexuel après 1995 ont 2,57 fois plus de chance d'avoir utilisé un préservatif lorsqu'elles ont vécu cet événement après la migration. Aucune différence n'est observée pour les femmes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant 1995 en fonction du lieu du premier rapport sexuel</p> <p><b>Champ :</b> personnes ayant commencé leur vie sexuelle avec un partenaire de l'autre sexe</p> <p><b>Source :</b> enquête KABP migrants, Inpes, 2005.</p> <p>*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif</p> <p><sup>(1)</sup> Ajusté sur l'âge à l'enquête et sur les caractéristiques du premier rapport sexuel (âge au premier rapport sexuel, écart d'âge avec le/la partenaire et consentement )</p>				

Quel que soit le contexte social d'entrée dans la sexualité, l'utilisation du préservatif est très faible avant la mise en place des campagnes de prévention. Elle est en effet inférieure à 10 % lorsque le premier rapport sexuel s'est déroulé avant 1985 (Tableau 5-1). En revanche, une fois que les campagnes de prévention ont été mises en place, et que l'utilisation du préservatif s'est banalisée dans le contexte français, les écarts se creusent entre les personnes qui ont vécu leur premier rapport sexuel en Afrique subsaharienne et en France. Lorsque le premier rapport sexuel s'est déroulé après 1995, l'utilisation du préservatif concerne respectivement 44 % et 32 % des hommes et des femmes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant la migration, contre 57 % et 53 % de ceux et celles qui l'ont vécu après la migration. Vivre son premier rapport sexuel après la migration s'accompagne d'une probabilité plus importante d'avoir utilisé un préservatif lorsque le premier rapport sexuel s'est déroulé après 1995 (H : OR=1,86 ; F : OR=2,57), alors qu'aucune différence n'est observée lorsque l'entrée dans la sexualité a eu lieu avant 1995 (Tableau 5-4).

Parmi les personnes qui n'ont pas fait d'études, l'utilisation du préservatif est faible, indépendamment du lieu dans lequel s'est déroulé le premier rapport sexuel. Ainsi, elle est respectivement, avant et après la migration, de 2 % et 7 % pour les femmes et de 23 % et 7 % pour les hommes (tableau annexe). En revanche, la socialisation scolaire permet une appropriation des messages préventifs en contexte migratoire, comme en témoigne l'utilisation plus élevée du préservatif parmi les femmes qui ont vécu leur premier rapport sexuel après la migration et qui ont fait des études, comparé aux femmes du même groupe qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant la migration, qu'elles possèdent un niveau d'études secondaires (45 % vs 20 %) ou supérieures (49 % vs 31 %) (tableau annexe). Pour les femmes, le fait de vivre son premier rapport sexuel en France est significativement associé à une plus forte probabilité d'avoir utilisé un préservatif, qu'elles aient fait des études secondaires ou supérieures (Tableau 5-4). Pour les hommes, le fait d'avoir vécu leur premier rapport sexuel en France est significativement associé à une plus forte probabilité d'avoir utilisé un préservatif lorsqu'ils ont fait des études supérieures, alors qu'aucune différence n'est observée parmi les hommes qui ont fait des études secondaires.

Quant au rôle de la religion, on constate que les personnes socialisées dans la religion musulmane déclarent une faible utilisation du préservatif, indépendamment du contexte dans lequel s'est déroulé le premier rapport sexuel (Tableau 5-4). En revanche, lorsque les personnes n'ont pas été socialisées dans la religion musulmane, vivre leur premier rapport sexuel en France peut permettre de rendre effective la socialisation préventive, comme en témoigne l'utilisation plus élevée du préservatif parmi celles et ceux qui ont vécu leur premier rapport sexuel après la migration par rapport à celles et ceux qui l'ont vécu avant la migration, que les personnes déclarent pratiquer régulièrement leur religion (tableau annexe). Pour les femmes comme pour les hommes, le fait de vivre son premier rapport sexuel en France est significativement associé à une plus forte probabilité d'avoir utilisé un préservatif parmi ceux et celles qui déclarent être d'une autre religion que la religion musulmane et qui ne pratiquent pas régulièrement (Tableau 5-4).

L'utilisation du préservatif est plus élevée lorsque le premier rapport sexuel s'est déroulé en France et les facteurs qui structurent l'utilisation du préservatif varient

selon le contexte. Néanmoins, ce n'est pas le contexte social dans lequel est vécu le premier rapport sexuel qui fait que les personnes se protègent plus, mais l'articulation de différents facteurs propices à l'utilisation du préservatif (notamment le contexte socio-historique et les capitaux socioculturels) qui fait que l'utilisation du préservatif est plus élevée dans le contexte français.

Le contexte social dans lequel les personnes ont commencé leur vie sexuelle constitue un élément déterminant des conditions d'entrée dans la sexualité, qu'il s'agisse du calendrier de ce premier rapport ou de l'asymétrie de genre, comme montré dans le quatrième chapitre, mais également des pratiques de protection.



#### **5.4. LES CARACTÉRISTIQUES DU PREMIER RAPPORT SEXUEL : UN MARQUEUR DE LA BIOGRAPHIE SEXUELLE ET PRÉVENTIVE ULTÉRIEURE ?**

---

Alors que les conditions du premier rapport sexuel constituent un marqueur d'attitudes durables vis-à-vis de la sexualité (Bozon 1993), qu'en est-il des personnes qui ont migré et pour lesquelles la biographie sexuelle s'est déroulée dans plusieurs contextes ? Pour les personnes qui ont commencé leur vie sexuelle avant de migrer et dont la suite de la biographie s'est en partie déroulée après la migration, on peut se demander si le premier rapport sexuel constitue un marqueur de socialisation qui s'actualisera par la suite, ou si le fait de migrer constitue une rupture biographique telle que l'on n'observera pas de lien entre les conditions d'entrée dans la sexualité et la biographie ultérieure. Il s'agit ici d'étudier si les conditions d'entrée dans la sexualité sont associées à des trajectoires sexuelles et préventives différenciées, selon que le premier rapport sexuel s'est déroulé avant ou après la migration.

Deux situations peuvent être distinguées. Pour les personnes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant de migrer, la socialisation sexuelle et le premier rapport sexuel se sont déroulés en Afrique subsaharienne, tandis que la suite de leur biographie sexuelle s'est pour partie déroulée en France. Ainsi, le contexte de socialisation pendant l'enfance et le contexte social du premier rapport sexuel sont à la fois identiques entre eux, et différents du contexte dans lequel s'est déroulée la biographie sexuelle et préventive ultérieure. À l'inverse, pour les personnes qui ont vécu leur premier rapport sexuel après la migration, la socialisation sexuelle s'est en partie déroulée en Afrique subsaharienne (avec des différences notables selon l'âge à la migration), tandis que le premier rapport sexuel et la suite de la biographie se sont déroulés en France. Dans ce cas, le contexte de socialisation sexuelle et celui du premier rapport sexuel sont en partie différents, tandis que le contexte social du premier rapport sexuel et celui dans lequel s'est déroulée la suite de la biographie sexuelle et préventive sont identiques.

La plus ou moins forte association entre sexualité et conjugalité peut être appréhendée à travers le nombre de partenaires sexuels, aussi bien au cours de la vie entière qu'au cours des douze derniers mois. Le fait d'avoir eu peu de partenaires sexuels constitue un indicateur de modèle de sexualité qui associe étroitement

sexualité et conjugalité. En outre, les personnes qui ont eu un premier rapport sexuel « précoce » déclarent significativement plus de partenaires que celles qui ont eu un premier rapport sexuel « tardif » (Bozon 1993).

Cette association se retrouve dans notre échantillon puisque les hommes et les femmes qui ont commencé leur vie sexuelle tardivement déclarent significativement moins de partenaires sexuels au cours des douze derniers mois que ceux et celles qui ont commencé leur vie sexuelle précocement (Tableau 5-5). Si ce résultat n'est pas surprenant en soi, il est intéressant de noter que cette corrélation s'observe également parmi les personnes qui ont commencé leur vie sexuelle avant la migration.

Ainsi, les hommes et les femmes qui ont vécu leur premier rapport sexuel entre 16 et 19 ans ont une probabilité plus faible de déclarer au moins deux partenaires au cours des douze derniers mois que ceux et celles qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant 16 ans et ce, aussi bien parmi les personnes qui ont commencé leur vie sexuelle avant la migration (Hommes : OR=0,50 / Femmes : OR=0,35) que parmi celles qui l'ont commencé après (Hommes : OR=0,23 ; Femmes : OR=0,33). Les mêmes tendances sont observées pour les personnes qui ont vécu leur premier rapport sexuel après 20 ans (Tableau 5-5).

**Tableau 5-5 - Nombre de partenaires au cours des douze derniers mois en fonction de l'âge au premier rapport sexuel, par sexe et par lieu du rapport sexuel**

	Premier rapport sexuel avant la migration <sup>(1)</sup>			Premier rapport sexuel Après la migration <sup>(2)</sup>		
	Effectif	%	OR[IC]	Effectif	%	OR[IC]
<b>Hommes</b>						
< 16 ans	180	43,9	1	35	71,4	1
16-19 ans	245	27,8	0,50[0,33; 0,77] ***	82	45,2	0,35[0,14; 0,87] **
≥ 20 ans	66	13,6	0,23[0,11; 0,1] ***	47	23,4	0,17[0,05; 0,56] ***
<i>p-value</i>	***			***		
<b>Femmes</b>						
< 16 ans	84	28,6	1	27	29,6	1
16-19 ans	210	9,5	0,23[0,11; 0,47] ***	164	12,2	0,33[0,12; 0,93] **
≥ 20 ans	93	5,4	0,13[0,04; 0,41] ***	90	4,4	0,15[0,04; 0,63] **
<i>p-value</i>	***			***		
<b>Lecture</b> : les femmes qui ont vécu leur premier rapport sexuel après 20 ans ont une probabilité 0,35 fois supérieure d'avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours des douze derniers mois par rapport à celles qui l'ont vécu avant 16 ans.						
<b>Champ</b> : personnes ayant commencé leur vie sexuelle avec un partenaire de l'autre sexe						
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.						
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif						
<sup>(1)</sup> Ajusté sur l'âge, le niveau d'études, la religion						
<sup>(2)</sup> Ajusté sur l'âge, le niveau d'études, la religion et sur l'âge à la migration						

Le fait d'avoir utilisé une méthode lors du premier rapport sexuel constitue un marqueur d'une socialisation à la prévention qui se confirmera dans la suite de la biographie préventive (Bajos, *et al.* 1998). Nos résultats confirment cette association entre l'utilisation d'une méthode lors du premier rapport sexuel et l'utilisation actuelle d'une méthode (Tableau 5-6). Ainsi, parmi les hommes, le fait d'avoir utilisé une méthode lors du premier rapport sexuel est significativement associé à l'utilisation actuelle d'une méthode, avant la migration (OR=3,59) comme après la migration (OR=3,23). Parmi les femmes, le fait d'avoir utilisé une méthode lors du premier rapport sexuel est significativement associé à l'utilisation actuelle d'une méthode, mais uniquement après la migration. L'absence de corrélation observée en multivariée pour les femmes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant la migration est probablement due à l'effet de l'âge à l'enquête (résultats non présentés).

**Tableau 5-6 – Utilisation actuelle d’une méthode contraceptive selon l’utilisation au premier rapport sexuel, par sexe et par lieu du rapport sexuel**

	Premier rapport sexuel avant la migration <sup>(1)</sup>			Premier rapport sexuel Après la migration <sup>(2)</sup>		
	Effectif	%	OR[IC]	Effectif	%	OR[IC]
<b>Hommes</b>						
A utilisé une méthode au premier rapport sexuel						
Oui	82	69,5	3,59[1,99 ;6,49] ***	132	80,0	3,23[1,10 ;9,25] **
Non	267	51,7	1	127	59,1	1
<i>p-value</i>		***			***	
<b>Femmes</b>						
A utilisé une méthode au premier rapport sexuel						
Oui	89	79,9	1,39[0,78 ;2,49] NS	48	77,1	3,01[1,53 ; 5,94] ***
Non	308	51,6	1	78	41,0	1
<i>p-value</i>		***			***	
<b>Lecture</b> : parmi les hommes qui ont vécu leur premier rapport sexuel après la migration, ceux qui ont utilisé une méthode de contraception lors du premier rapport sexuel ont 3,23 fois plus de chance d’utiliser actuellement une méthode de contraception avec leur partenaire.						
<b>Champ</b> : personnes ayant commencé leur vie sexuelle avec un partenaire de l’autre sexe						
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.						
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif						
<sup>(1)</sup> Ajusté sur l’âge, le niveau d’études, la religion, le nombre de partenaires au cours des douze derniers mois, le fait de cohabiter avec son partenaire et l’écart d’âge avec le partenaire						
<sup>(2)</sup> Ajusté sur l’âge, le niveau d’études, la religion, le nombre de partenaires au cours des douze derniers mois, le fait de cohabiter avec son partenaire, l’écart d’âge avec le partenaire et l’âge à la migration						

Ces premiers résultats fournissent des pistes pour discuter de la manière dont les conditions du premier rapport sexuel structurent la biographie sexuelle et préventive ultérieure. Au vu de ces premières analyses, il semblerait que les conditions d’entrée dans la sexualité constituent un marqueur de la socialisation sexuelle et ce, aussi bien pour les personnes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant la migration que pour celles qui l’ont vécu après. Les indicateurs mobilisés sont à l’évidence limités pour appréhender cette question mais invitent néanmoins à considérer les trajectoires sexuelles des migrant·e·s sous l’angle des continuités dans la socialisation à la sexualité.

## CONCLUSION DU CHAPITRE

---

La période à laquelle s'est déroulé le premier rapport sexuel constitue un élément essentiel pour rendre compte des évolutions des pratiques de protection lors de l'entrée dans la sexualité, comme en témoigne l'augmentation continue de l'utilisation du préservatif au cours de la période et ce, dans les trois profils d'entrée dans la sexualité distingués. Les différences observées entre les profils se rapportent principalement aux différences de période d'entrée dans la sexualité. En outre, la reconfiguration des rapports de genre en contexte migratoire contribue à rendre compte de l'utilisation plus élevée du préservatif parmi les personnes qui ont vécu leur premier rapport sexuel après la migration. Enfin, les variations se lisent également en fonction des capitaux socioculturels. La socialisation scolaire permet une appropriation des messages préventifs, comme en témoigne l'utilisation plus élevée du préservatif parmi les personnes qui ont fait des études supérieures. À l'inverse, la socialisation religieuse constitue un frein à l'utilisation du préservatif, notamment pour les femmes. Néanmoins, selon le moment où le premier rapport sexuel se situe dans la trajectoire des personnes, le rôle des socialisations scolaire et religieuse ne sera pas identique.

Pour les personnes qui ont commencé leur vie sexuelle avant la migration, le contexte de santé publique et le contexte relationnel se conjuguent et conduisent à une faible utilisation du préservatif. La convergence observée dans les niveaux de son utilisation entre les personnes qui ont migré pendant leur enfance et leur adolescence semble indiquer que le contexte social joue un rôle majeur sur la socialisation préventive et les pratiques de protection.

En outre, l'influence du contexte social sur les pratiques de prévention est fortement déterminée par le contexte historique et relationnel dans lequel le premier rapport sexuel a été vécu, ainsi que par les caractéristiques socioculturelles des migrant·e·s. Vivre son premier rapport sexuel en France n'entraîne pas une utilisation plus importante du préservatif lorsque le contexte historique et relationnel ainsi que les ressources personnelles sont peu propices à l'utilisation du préservatif. En revanche, l'influence du contexte social dans lequel s'est déroulé le premier rapport

sexuel s'amplifie lorsque la période, l'asymétrie de genre et les ressources personnelles sont favorables à l'utilisation du préservatif.

Enfin, l'analyse de la biographie sexuelle et préventive ultérieure témoigne du rôle structurant des conditions d'entrée dans la sexualité et de certaines continuités dans la socialisation sexuelle, que le premier rapport sexuel se soit déroulé avant ou après la migration. Un autre élément peut être fortement dépendant de la trajectoire migratoire : la mise en couple. Selon le moment où elle se situe dans la trajectoire des personnes, la migration peut modifier les conditions de la mise en couple et aboutir à la formation de couples dits mixtes (Borrel et Tavan 2004; Filhon et Varro 2005).

### Caractéristiques sociales et migratoires selon le lieu du premier rapport sexuel, hommes

	Premier rapport sexuel avant la migration		Premier rapport sexuel après la migration	
	%	Effectif	%	Effectif
<b>Niveau d'études</b>				
Primaire maximum	22,9	35	6,7	15
Secondaire	18,1	155	42,2	83
Supérieur	24,3	325	45,6	79
<i>p-value</i>	NS		**	
<b>Région de naissance</b>				
Afrique de l'Ouest	29,5	288	36,3	113
Afrique centrale	13,0	193	48,0	50
Afrique de l'Est et australe	14,7	34	50,0	14
<i>p-value</i>	***		NS	
<b>Religion et pratique actuelle</b>				
Musulman pratiquant régulier	27,7	137	30,9	55
Autre religion pratiquant régulier	19,7	122	40,9	22
Musulman pratiquant non régulier	24,6	61	38,9	36
Autre religion non pratiquant régulier ou sans religion	19,5	195	50,0	64
<i>p-value</i>	NS		NS	
<b>Âge au premier rapport sexuel</b>				
<16 ans	7,1	168	42,9	35
>= 16 ans	29,7	347	40,1	142
<i>p-value</i>	***		NS	
<b>Écart d'âge entre partenaires</b>				
L'homme est plus jeune	25,4	122	17,7	51
La femme et l'homme ont le même âge	24,1	303	50,9	106
L'homme est plus âgé	12,2	90	45,0	20
<i>p-value</i>	**		***	
<b>Consentement du rapport sexuel</b>				
Souhaité	23,5	463	42,9	163
Non souhaité	11,5	52	14,3	14
<i>p-value</i>	**		**	
<b>Année du premier rapport sexuel</b>				
Avant 1985	10,2	147	5,0	20
1985-94	17,5	235	22,8	57
1995-2005	44,4	133	58,0	100
<i>p-value</i>	***		***	
<b>Lecture</b> : parmi les hommes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant la migration, l'utilisation du préservatif était de 23,5 % lorsque le rapport sexuel était souhaité vs 11,5 % lorsqu'il n'était pas souhaité				
<b>Champ</b> : personnes ayant commencé leur vie sexuelle avec un partenaire de l'autre sexe				
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.				
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif				

### Caractéristiques sociales et migratoires selon le lieu du premier rapport sexuel, femmes

	Premier rapport sexuel avant la migration		Premier rapport sexuel après la migration	
	%	Effectif	%	Effectif
<b>Niveau d'études</b>				
Primaire maximum	2,3	44	6,7	15
Secondaire	19,6	194	44,7	114
Supérieur	31,0	174	48,8	166
<i>p-value</i>	***		***	
<b>Région de naissance</b>				
Afrique de l'Ouest	24,1	232	40,0	165
Afrique centrale	19,8	162	53,2	111
Afrique de l'Est et australe	27,8	18	42,1	19
<i>p-value</i>	NS		*	
<b>Religion et pratique actuelle</b>				
Musulman pratiquant régulier	15,5	71	26,0	50
Autre religion pratiquant régulier	24,6	118	43,1	72
Musulman pratiquant non régulier	25,8	31	40,5	42
Autre religion non pratiquant régulier ou sans religion	23,4	192	55	131
<i>p-value</i>	NS		***	
<b>Âge au premier rapport sexuel</b>				
<16 ans	17,1	82	34,5	29
>= 16 ans	23,9	330	46,2	266
<i>p-value</i>	NS		NS	
<b>Écart d'âge entre partenaires</b>				
La femme et l'homme ont le même âge	14,9	47	51,9	54
L'homme a entre 2 et 4 ans de plus	28,1	160	46,6	118
L'homme a au moins 5 ans de plus	20,0	205	40,7	123
<i>p-value</i>	*		NS	
<b>Consentement du rapport sexuel</b>				
Souhaité	30,9	259	48,6	220
Non souhaité	8,5	153	34,7	75
<i>p-value</i>	***		**	
<b>Année du premier rapport sexuel</b>				
Avant 1985	7,4	108	0,0	19
1985-94	24,4	180	31,7	82
1995-2005	33,1	94	55,2	194
<i>p-value</i>	***		***	
<b>Lecture</b> : parmi les femmes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant la migration, l'utilisation du préservatif était de 30,9 % lorsque le rapport sexuel était souhaité vs 8,5% lorsqu'il n'était pas souhaité				
<b>Champ</b> : personnes ayant commencé leur vie sexuelle avec un partenaire de l'autre sexe				
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.				
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif				





## CHAPITRE 6

### LA MIXITÉ : DE L'ASSIMILATION DES MIGRANT·E·S AUX DISCRIMINATIONS RACIALES

---

Revenir sur les enjeux de mixité constitue un préalable indispensable à l'analyse des réseaux sexuels afin de décrire finement le contexte social dans lequel ces relations prennent place, ainsi que leur articulation avec la trajectoire migratoire. La transformation des réseaux sociaux et des conditions de vie en contexte migratoire peut en effet favoriser la rencontre de partenaires d'autres origines géographiques – notamment de personnes non immigrées – et aboutir à la formation de couples dits mixtes.

Ces couples constituent un sujet de préoccupation ancien en démographie et sont principalement appréhendés à l'aune de la problématique de l'intégration des populations immigrées. Dans les travaux qui envisagent la mixité conjugale comme une dimension essentielle du processus d'intégration, deux courants peuvent être distingués (Safi 2008). La première théorie, dite théorie classique de l'intégration, considère qu'un processus « naturel » conduit à la perte progressive de la culture d'origine au profit de celle du pays d'arrivée (Kazal 1995; Alba et Nee 2003). Dans cette perspective, la mixité – définie comme l'union entre une personne immigrée et une personne non immigrée – est appréhendée comme un indicateur fiable du processus d'intégration (Park et Burgess 1921). Quant à la théorie de l'assimilation segmentée, elle a affiné l'analyse du processus d'intégration en distinguant les

dimensions culturelle et socioéconomique (Zhou 1997), amenant à remettre en cause le lien entre mariage mixte et intégration économique.

En raison de la polysémie du terme « mixité », nous commençons par revenir sur les usages et les significations de ce concept dans le contexte français (6.1). Cet état de la littérature nous conduit à proposer une formulation alternative de la mixité, appréhendée ici comme un indicateur de frontières migratoires liées à l'origine nationale (être né au Mali, être né au Sénégal...), mais surtout de frontières minoritaires produites dans le contexte français, frontières liées au fait d'être perçus comme Noir et Africain (6.2). Le déplacement théorique formulé amène à élaborer une variable qui permet de mettre au jour l'existence de ces frontières. En analysant les relations sexuelles et conjugales actuelles des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne, nous nous interrogeons sur l'existence d'une minorité africaine (6.3). Puis, nous proposons quelques éléments de réflexion concernant la place de la mixité dans la recomposition de l'asymétrie de genre en contexte migratoire (6.4).

## 6.1. MOTS ET MAUX DE LA MIXITÉ

---

### Mixte (*Petit Robert, 2001*)

- Formé de deux ou plusieurs éléments de nature différente
- Comprenant des personnes des deux sexes
- Terme de mathématique

Malgré leurs divergences, les travaux sur la mixité s'accordent généralement sur le caractère polysémique de ce terme (Neyrand et M'Sili 1997; Varro 2003; Filhon et Varro 2005; Safi 2008). Retracer les usages de ce terme dans le contexte français permet néanmoins de dégager une certaine continuité dans les significations prises.

La mixité désigne, d'une part, la différence des deux sexes et plus précisément la coprésence à l'école des garçons et des filles. Cette politique menée en France à partir des années 1960 a consisté à revenir sur la ségrégation sexuelle instaurée depuis les débuts de l'éducation obligatoire en 1881-1882. La mixité sexuelle dans les établissements scolaires répondait à un objectif d'égalité entre les sexes et d'émancipation des femmes. Ainsi, cette mixité est d'ordre sexuel et la question de l'émancipation des femmes est au cœur de sa définition dès ses premiers usages.

La mixité renvoie, d'autre part, à la notion de couple mixte. Il ne s'agit plus alors de mixité sexuelle, étant donné que celle-ci est censée aller de soi dans le couple. Un rapide aperçu des usages de cette expression montre que la définition de ce qu'est un couple mixte a grandement varié au cours du temps (Varro 2003). Au XVI<sup>e</sup> siècle, le mariage mixte était un mariage entre chrétiens d'obédiences différentes (1547). En contexte colonial, l'expression « mariage mixte » – que l'on trouve dans le *Code noir*<sup>54</sup> – se référait au mariage entre nationaux sujets et nationaux citoyens, mariages qui furent interdits en 1778. À l'inverse, dans l'Algérie colonisée, l'union avec un homme européen devait servir à civiliser les femmes musulmanes (Varro 2003). L'expression « couple mixte » a été largement critiquée dans les recherches sur le sujet en raison de ses connotations coloniales et raciales : elle a en effet longtemps

---

<sup>54</sup> Le Code noir est le nom qui est donné au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle à un ensemble de textes juridiques réglant la vie des esclaves noirs dans les îles françaises, en particulier l'ordonnance de soixante articles, portant statut civil et pénal, donnée en mars 1685 par Louis XIV, complétée par des déclarations et des règlements postérieurs.

été considérée comme une mesure d'assimilation à la nation des populations colonisées, et surtout, comme un indicateur de la domination de la culture française (Varro 2003).

Si le contenu de ces relations – c'est-à-dire les critères qui définissent ce qu'est un couple mixte – a varié selon les époques, la forme de ces relations est en revanche d'une grande stabilité. Les couples mixtes peuvent être définis en fonction de la perception qu'en a la société, à savoir une transgression des frontières entre groupes sociaux (Collet 2010). Cette définition qui articule la question des différences perçues et celle de l'ordre social conduit à envisager la mixité sous l'angle des différences construites comme socialement et politiquement significatives et problématiques. Les critères qui définissent ce qu'est une relation mixte reflètent les enjeux de recherches, les préoccupations politiques et les catégorisations de l'origine en vigueur dans des contextes spécifiques.

Nous souhaitons maintenant revenir sur les significations que peut prendre l'expression « couples mixtes » en suivant un double axe, celui de l'intégration des populations immigrées et celui de l'émancipation des femmes des groupes minoritaires.

### **6.1.1. UN INDICATEUR CONTROVERSÉ DE L'INTÉGRATION DES POPULATIONS IMMIGRÉES**

---

L'étude des mariages mixtes remonte au début des années 1980 en France et traduit une préoccupation scientifique et politique pour l'immigration. Dans la lignée des travaux américains menés dans les années cinquante et soixante, le mariage mixte est considéré par les démographes comme un indicateur d'intégration des populations immigrées (Todd 1994; Tribalat 1996). Le paradigme culturel est alors dominant : « *ces études induisent l'idée que les « couples mixtes » sont plus proches socialement et culturellement des « couples français » que les couples composés de deux conjoints d'origine étrangère* » (Santelli et Collet 2007). Néanmoins, des travaux empiriques ont contribué à remettre en cause le paradigme classique de l'intégration et de nombreux contre-exemples ont invalidé l'idée d'un lien systématique entre mixité et processus d'assimilation. La théorie de l'assimilation

segmentée, développée dans le contexte américain, a formalisé ces exemples en distinguant les dimensions culturelles et économiques de l'intégration, ce qui conduit à mettre l'accent sur les éventuelles contradictions entre les différentes composantes de l'intégration (Zhou 1997). Dans cette perspective, le mariage mixte, s'il peut constituer un indicateur d'intégration culturelle, n'est pas forcément un indicateur d'intégration économique.

Dans le contexte français, les travaux de Mirna Safi ont contribué à relativiser le rôle de la mixité matrimoniale dans le processus d'intégration économique des immigrés en France (Safi 2007; Safi 2008). Tandis que les immigrés asiatiques et portugais se caractérisent par des liens communautaires forts et une situation socioéconomique favorable, les immigrés maghrébins et africains connaissent une situation socioéconomique défavorable alors que leur intégration culturelle – appréhendée notamment par le taux de mariages mixtes – et leur niveau de mixité sociale sont relativement élevés (Safi 2008). Ces résultats montrent que c'est l'intégration économique qui semble problématique en France, notamment pour les groupes d'immigrés qui souffrent le plus de pratiques discriminatoires (Safi 2007). Tenir compte de la diversité des modes d'intégration permet de nuancer le rôle central de la mixité matrimoniale qui ne saurait constituer un indicateur suffisant pour analyser les processus d'intégration. Les travaux de Mirna Safi mettent en exergue les différences entre les groupes migratoires qui font l'expérience des discriminations et les autres groupes migratoires (principalement originaires d'Europe du Sud). Ces différences selon les courants migratoires conduisent à redéfinir les relations dites mixtes. Si la mixité constitue une transgression des frontières sociales, alors certains couples sont plus mixtes que d'autres, notamment quand ils engagent une personne du groupe majoritaire et une personne d'un groupe minoritaire.

La théorie classique de l'intégration comme la théorie de l'assimilation segmentée considèrent la mixité comme un indicateur fiable du processus d'assimilation. La différence majeure entre ces deux théories réside dans la définition de l'assimilation. Alors que la première théorie envisage l'assimilation comme un processus linéaire et unidimensionnel qui conduit à l'adoption de la culture du pays d'arrivée par les migrant·e·s, la théorie de l'assimilation segmentée distingue différentes dimensions du processus d'intégration. Si la théorie de l'assimilation

segmentée et les travaux qui se situent dans son prolongement ont permis de remettre en cause le lien entre mariage mixte et intégration économique, le présupposé selon lequel la mixité matrimoniale constitue un indicateur d'intégration culturelle persiste.

Le lien entre mixité et intégration des immigrés constitue le versant explicite de ces travaux. Un autre lien, implicite celui-ci, mérite d'être exploré. C'est celui qui fait de la mixité un facteur d'émancipation des femmes des groupes minoritaires. Si les théories de l'intégration ne mettent pas en avant cette différence de traitement selon le sexe, elle est néanmoins souvent présente dans les travaux sur la mixité. Ainsi, les frontières mises en cause lorsque l'on parle de couples mixtes se révèlent particulièrement saillantes quand on en vient à la question de l'émancipation des femmes.

### **6.1.2. UN FACTEUR D'ÉMANCIPATION DES FEMMES DES GROUPES MINORITAIRES?**

---

L'évaluation et la comparaison des rapports de genre et du sexisme dans différentes sociétés peuvent constituer une stratégie visant à légitimer la hiérarchie des sociétés et des cultures, comme l'ont montré différentes auteures (Hamel 2003; Hamel 2005; Roux, *et al.* 2007). Dans cette perspective, les groupes minoritaires font l'objet de suspicion quant aux relations entre les sexes. Cette suspicion ne porte ni sur toutes les femmes immigrées ni uniquement sur les femmes immigrées. La mixité à laquelle il est fait ici référence n'est pas tant celle qui concerne les immigrés et les personnes nées en France que celle qui met en présence les personnes du groupe majoritaire et celles des groupes minoritaires. La définition de la mixité mobilisée ici renvoie aux différences construites comme socialement pertinentes dans un contexte donné. Le lien à la migration constitue un indicateur certes nécessaire pour la définir mais non suffisant. C'est finalement lorsque l'on en vient à se préoccuper de l'émancipation des femmes que se dessinent plus clairement les frontières sociales mises en cause par la mixité, c'est-à-dire les relations entre membres du groupe majoritaire et membres des groupes minoritaires.

Étant donné que le statut social du couple dépend avant tout du statut social de l'homme, et que la formation des couples reste un enjeu plus important pour les

femmes (Bozon et Héran 2006), la mixité n'a pas le même sens pour les femmes et les hommes. Ce double standard fait qu'une femme non immigrée a plus à perdre en se mettant en couple avec un homme immigré – dominé symboliquement – que l'inverse (Streiff-Fenard 1989; Santelli et Collet 2007). En outre, pour les femmes immigrées venant de pays dans lesquels les relations entre les sexes seraient plus inégalitaires qu'en France, le fait de choisir un conjoint français peut être considéré comme le signe d'une volonté d'émancipation par rapport au groupe d'appartenance. Cela n'est pas sans rappeler le rôle du mariage mixte entre hommes français et femmes « musulmanes » dans l'Algérie colonisée. Derrière ce double standard, se lit l'idée que le mariage mixte peut émanciper les femmes des groupes minoritaires. Cette prescription fait du choix du conjoint un enjeu particulièrement saillant qui peut placer les femmes dans des situations d'injonctions paradoxales : le choix d'un conjoint appartenant au groupe majoritaire peut être considéré par les hommes de leur groupe comme une désolidarisation du groupe d'appartenance, tandis que le choix d'un conjoint appartenant à leur groupe sera analysé comme un défaut d'assimilation par la population majoritaire (Hamel 2005).

L'articulation de ces deux phénomènes – double standard entre les sexes et hiérarchie entre les sociétés reposant sur la définition de « niveaux » de sexisme – conduit à ce que la mixité soit prescrite pour les femmes des groupes minoritaires et proscrite pour les hommes des groupes minoritaires (Guénif-Souilamas 2005). Des travaux ont néanmoins montré que les relations des femmes des groupes minoritaires avec des hommes du groupe majoritaire pouvaient renforcer la domination masculine. Le choix d'une partenaire étrangère peut notamment constituer pour des hommes européens un moyen de maintenir les rapports de domination traditionnels car, à leur subordination de sexe, s'ajoute une domination culturelle, juridique et administrative (Weber 2006; Riano et Baghdadi 2007). Ce phénomène a également été observé parmi des couples mixtes de même sexe. Une recherche menée auprès de couples d'homosexuels masculins franco-camerounais a montré comment les demandes des hommes français concernant « la disponibilité et le caractère serviable » du compagnon potentiel renvoient aux attentes formulées par des hommes européens envers des femmes non européennes (Awondo 2010). Ces attentes apparaissent largement contradictoires avec une potentielle autonomie et contribuent à enfermer les partenaires dans des rôles de subordination.



Qu'ils se réfèrent à la théorie classique de l'intégration ou à la théorie de l'assimilation segmentée, les travaux sur la mixité se situent majoritairement par rapport à la problématique de l'intégration des populations immigrées. Que les travaux mettent en avant l'émancipation que peut représenter la mixité ou le renforcement de la domination masculine, c'est toujours le lien entre mixité et émancipation qui est au cœur de leur questionnement. Tout se passe comme si la mixité – en cristallisant des rapports sociaux de sexe et de race – ne pouvait être analysée qu'au prisme de la dialectique émancipation/subordination.

## 6.2. POUR UNE AUTRE APPROCHE DE LA MIXITÉ : DE LA CULTURE AU RACISME

---

Les travaux sur les mixités conjugales se situent à l'intersection de la socio-démographie des migrations et de la sociologie de la famille, ce qui contribue à enfermer ces recherches dans une catégorie de la population – les immigrés – et dans un type d'organisation sociale – la famille. Cette réduction opère à différents niveaux, sur les objets et les champs concernés et, par extension, sur les problématiques envisagées. Il s'agit d'explicitier ici les points aveugles que cette intersection produit.

En raison de leur inscription dans la sociologie des migrations, ces travaux se focalisent sur certaines populations migrantes, en particulier celles originaires du Maghreb, et sur leurs descendants. Alors que la majorité des travaux sur les couples mixtes concernent des unions dans lesquelles l'un des conjoints appartient à des groupes minoritaires (Santelli et Collet 2007; Cabanel 2010), c'est le terme de « personnes issues de vagues migratoires récentes » qui est utilisé, usage qui traduit, selon nous, une euphémisation des rapports opposant les personnes du groupe majoritaire aux personnes des groupes minoritaires. Or, l'analyse de la mixité qui prévaut dans ces travaux accorde une large place à la culture, aussi bien dans les travaux qualitatifs que quantitatifs. Les divergences entre ces approches portent essentiellement sur les indicateurs pertinents pour appréhender cette différence culturelle. De nombreux travaux qualitatifs cherchent à fournir un indicateur de la « vraie » mixité, sous-entendu la vraie différence culturelle, s'opposant aux travaux quantitatifs dont les indicateurs – en particulier la nationalité actuelle – sont considérés comme limités. La culture est souvent définie de manière extensive, se rapportant soit à la socialisation personnelle des individus, soit à celle de leur famille.

En outre, le rattachement de ces travaux à la sociologie de la famille conduit à une focalisation sur les relations conjugales, ce qui conduit à occulter la diversité des relations, et notamment à masquer les relations sexuelles qui ne sont pas inscrites dans une forme de conjugalité. Or, dire qu'il n'y a pas d'échanges conjugaux entre des groupes ne signifie pas qu'il n'y a pas d'échanges sexuels. En outre, ces travaux ont tendance à réduire les rapports de genre à l'asymétrie homme/femme au sein de

la relation conjugale. Autrement dit, ces travaux sont centrés sur les relations de couple et sur les relations au sein du couple.

Le contexte social et normatif constitue le principal point aveugle de ces travaux, que l'on pense au racisme et aux discriminations dont ces populations font l'expérience, aux normes sur la sexualité et la conjugalité en vigueur dans le contexte français, ou au rôle des partenaires de ces personnes et de leur entourage. Il s'agit ici de s'interroger sur le rôle de la société française dans la formation des couples mixtes et non de le considérer uniquement du point de vue des populations minoritaires (Hamel, Lhommeau, *et al.* 2010).

### **6.2.1. UN RÉVÉLATEUR DE FRONTIÈRES MINORITAIRES ET SEXUELLES**

---

Plutôt que de considérer la mixité dans la perspective de l'assimilation des migrant·e·s, nous proposons d'analyser les relations sexuelles et conjugales de ces migrant·e·s comme un indicateur de la production de frontières minoritaires, c'est-à-dire de la reconfiguration de frontières sexuelles définies par une condition minoritaire. Cette perspective conduit à s'intéresser aux frontières entre groupe majoritaire et groupe minoritaire, frontières produites dans et par le contexte français, en prenant en compte les discriminations raciales vécues par ces populations. La mixité des couples peut ainsi être considérée comme un indicateur du plus ou moins grand degré d'acceptation des groupes minoritaires par le groupe majoritaire (Hamel, *et al.* 2010).

Ce déplacement théorique implique de tenir compte des conditions de vie en France et pas seulement de la trajectoire migratoire. Les travaux sur le choix du conjoint ont montré qu'au-delà d'une affaire de sentiment, ce « choix » relevait de déterminants sociaux (Bozon et Héran 1987; Bozon et Héran 1988). La segmentation sociale des univers de sociabilité conduit à ce que différents groupes ne fréquentent pas les mêmes lieux et ne se fréquentent donc pas forcément entre eux. Or, les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne font l'expérience des discriminations raciales dans l'accès au logement et à l'emploi, ce qui les conduit à connaître une ségrégation résidentielle dans des zones d'habitats reléguées et à une segmentation

professionnelle dans des secteurs dévalués (Insee 2005; Meurs, Pailhé, *et al.* 2006; Pan Ké Shon 2009; Safi 2009). Étant donné que l'endroit où les personnes vivent et travaillent constituent des lieux privilégiés de rencontre (Bozon et Héran 1988; Laumann, *et al.* 1994), ces processus de ségrégation et de segmentation limitent, de fait, les possibilités de rencontre de partenaires sexuels et affectifs d'autres origines géographiques et produisent probablement des réseaux sociaux racialement ségrégués, au-delà de l'origine nationale. La prise en compte des cadres sociaux de la sociabilité permet de relativiser les interprétations stratégiques – en termes de préférences ou de choix – et d'analyser la formation de ces relations en mettant en avant le rôle des déterminants structurels, en particulier des conditions de vie, dans la production d'espaces de rencontre ségrégués. L'influence de la discrimination sur la formation des relations doit être envisagée à deux niveaux : celui de la production d'espaces de rencontre ségrégués en lien avec les conditions de vie, et celui de l'expérience commune d'être considéré comme Noirs et Africains.

La tendance à l'homogamie sociale dans les relations conjugales s'accommode d'une supériorité sociale de l'homme, les hommes ayant tendanciellement des partenaires d'une catégorie sociale inférieure à la leur (moins riches, moins diplômées, moins âgées...) (Bozon et Héran 2006). L'articulation entre l'homogamie sociale et une forte hétérogamie de sexe conduit à analyser les différences d'expériences féminines et masculines comme le résultat de processus genrés. Les rapports de genre jouent un rôle décisif dans la construction des trajectoires migratoires, étant donné que les migrations féminines sont souvent liées au regroupement familial (Dahiden, *et al.* 2007; Pourette 2008). Les rapports de genre affectent également les conditions de vie, sachant que les femmes sont généralement moins intégrées sur le marché du travail que les hommes. Enfin, le contrôle social exercé sur la sexualité des femmes peut entraîner des restrictions plus importantes, s'agissant du choix du partenaire. Celles-ci peuvent être l'objet de prescriptions sur les « bons » partenaires, entendus comme des partenaires appartenant au même groupe social. D'un autre côté, comme rappelé précédemment, une femme du groupe majoritaire a plus à perdre en se mettant en couple avec un homme d'un groupe minoritaire que l'inverse (Streiff-Fenard 1989; Santelli et Collet 2007).

Déplacer le regard des relations au sein du couple aux rapports de genre et à l'organisation sociale de la sexualité et de la conjugalité amène à tenir compte de

l'ensemble des relations sexuelles et non des seules relations conjugales. Prendre en compte la diversité des relations sans se focaliser sur les relations de couple est nécessaire pour mettre en exergue la stratification sociale de ces relations. Le « choix » du partenaire ne répond sans doute pas aux mêmes critères dans les relations occasionnelles et dans les relations de couple, ces dernières se caractérisant généralement par une plus forte proximité sociale (Laumann, *et al.* 1994). Dans les relations occasionnelles, le contrôle social sur les femmes est probablement moindre en raison de la faiblesse des enjeux de reproduction sociale. Tenir compte de la diversité des relations est également nécessaire à l'appréhension de l'asymétrie homme/femme au sein des relations qui ne se construit probablement pas de la même manière dans les relations de couples et dans les relations moins formalisées.

Ce déplacement théorique concernant les champs de la mixité permet d'articuler et de reformuler les deux principaux débats qui entourent les couples mixtes : synonyme d'intégration ou de domination des populations immigrées, facteur d'émancipation ou de domination des femmes des groupes minoritaires. Alors que ces deux ensembles de débats apparaissent largement disjoints, les questions qu'ils posent, celle des rapports entre les groupes sociaux et celle des rapports entre les sexes sont liées. Le déplacement proposé conduit à reformuler la préoccupation qui est au cœur de l'analyse de la mixité. Tandis que la dialectique émancipation/domination est au centre de nombreux travaux sur la mixité, nous nous situons dans une approche qui privilégie la prise en compte des discriminations et la recomposition des rapports de genre en contexte migratoire. En suivant cet axe, nous souhaitons montrer que la mixité ne permet probablement pas de remettre en cause les frontières entre groupe majoritaire et groupes minoritaires, d'une part, et entre les hommes et les femmes, d'autre part. En effet, l'expérience du racisme et des discriminations produit des frontières minoritaires dans la société française, et les rapports de genre construisent des trajectoires sexuellement différenciées tout en organisant les relations de pouvoir au sein des relations.

### 6.2.2. MÉTHODOLOGIE

---

Les recherches en sociologie des migrations ont interrogé et critiqué la notion de mixité et rappelé que le recours à la catégorie « couple mixte » nécessite d'être explicitée à chaque fois car les choix terminologiques révèlent les présupposés à l'œuvre derrière ces catégorisations (Filhon et Varro 2005). Il ne s'agit pas de chercher à distinguer une « vraie » d'une « fausse » mixité, mais de proposer une définition, forcément contingente, fonction des objectifs de la recherche et des données disponibles.

Dans les travaux quantitatifs français, la préoccupation pour l'intégration des immigrés a conduit à ce que la mixité soit appréhendée sous l'angle des relations entre étrangers et Français, et plus récemment entre immigrés et non immigrés (Encadré 10). Si la frontière entre les relations qui sont mixtes et celles qui ne le sont pas peut se déplacer selon les contextes, la mixité est souvent considérée de manière binaire : il y a des unions mixtes et des unions non mixtes. Lorsque les variables construites possèdent trois modalités, la troisième modalité est considérée comme une catégorie résiduelle de peu d'intérêt. Ainsi, dans l'enquête *Étude de l'Histoire Familiale* (1999)<sup>55</sup>, la variable sur la mixité construite par les auteures distingue les relations selon que le conjoint est 1) né en France ; 2) né dans un autre pays ; ou 3) né dans le même pays qu'ego (Filhon et Varro 2005). L'analyse se concentre néanmoins sur les catégories extrêmes et s'intéresse peu à la catégorie intermédiaire.

---

<sup>55</sup> À l'occasion du recensement de la population de 1999, 380 000 individus de 18 ans et plus (145 000 hommes et 235 000 femmes) ont rempli un bulletin de quatre pages sur leur situation et leur histoire familiales.

### **ENCADRÉ 10 – LES ÉVOLUTIONS DE LA DÉFINITION DU COUPLE MIXTE DANS LE RECENSEMENT**

Dans un premier temps, le mariage mixte désignait, dans le recensement, l'union entre un-e français-e et un-e étranger-e, se fondant sur le critère juridique de la nationalité. La reconnaissance par le Haut Commissariat à l'Intégration de la catégorie immigrée – personne née étrangère à l'étranger – en 1990 a entraîné un changement dans la définition du couple mixte qui désigne dès lors l'union entre une personne immigrée et une personne non immigrée (Borrel et Tavan 2004). Là encore, les évolutions de la définition du couple mixte traduisent les transformations des catégorisations de l'origine géographique en vigueur dans le contexte français. En privilégiant la nationalité actuelle, on estime que le statut juridique est déterminant pour distinguer les conjoints, tandis qu'utiliser le pays de naissance revient à considérer que le lieu de socialisation pendant l'enfance peut induire des différences de valeurs, de comportements et de pratiques (Filion et Varro 2005).

La définition de la mixité en vigueur à partir du début des années 1990 dans la statistique publique rappelle la primauté du lien à la migration sur d'autres types de référentiels de l'origine géographique dans le contexte français. Elle implique également que l'union entre des personnes immigrées de deux pays différents n'est pas considérée comme mixte. En raison de la préoccupation pour l'intégration des populations immigrées, l'union entre deux personnes immigrées de pays différents ne présente qu'un faible intérêt pour les démographes. La césure entre immigré et non immigré constitue la ligne de clivage majeure.

La variable construite dans ce chapitre pour analyser la mixité ne repose pas sur la définition de l'Insee utilisée dans le recensement car l'implicite de cette catégorie est que la mixité ne se fait que par contact entre une personne du groupe majoritaire (non immigrée) et une personne du groupe minoritaire (immigrée), et non entre deux personnes de groupes minoritaires (Encadré 10). Dans l'optique de mettre au jour la production de frontières minoritaires liées à l'expérience des discriminations dans le contexte français, la prise en compte des relations entre personnes de groupes minoritaires paraît au contraire centrale.

S'agissant de l'origine géographique du partenaire, seule l'information sur la nationalité actuelle du partenaire était disponible dans l'enquête KABP migrants, pour des raisons exposées dans le deuxième chapitre de cette thèse. Pour construire la catégorie portant sur la mixité géographique, nous avons fait le choix de considérer la nationalité actuelle du partenaire comme une proxy variable de son pays de naissance. En effet, notre intérêt pour le contexte de socialisation nous a

conduits à privilégier le pays de naissance à la nationalité actuelle afin de construire cette variable. Cette approximation est pertinente à condition d'exclure les personnes ayant déclaré que leur partenaire avait acquis la nationalité française pour lesquelles il n'est pas possible de faire d'hypothèse sur leur pays de naissance (Hommes : N=87 et Femmes : N=110). Nous les avons retirées de l'analyse, d'autant plus que leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau d'éducation et statut matrimonial) ne sont pas significativement différentes de celles des personnes conservées (résultats non présentés).

Parmi les partenaires dont la nationalité actuelle est celle d'un pays d'Afrique subsaharienne, une faible part peut être née en France tandis que, parmi les partenaires français à la naissance, une partie peut être née à l'étranger. En raison de la complexité des conditions d'obtention de la nationalité française<sup>56</sup>, on peut supposer que les personnes qui ne connaissaient pas la nationalité actuelle de leur partenaire ont pu y substituer l'information sur le pays de naissance.

Considérer à la fois un critère migratoire (être né ou non dans le même pays) et un critère minoritaire (faire partie ou non d'une minorité africaine) nous a conduits à proposer une variable en trois modalités : 1) partenaire né-e dans le même pays d'Afrique subsaharienne que le répondant (non mixité) ; 2) partenaire né-e dans un autre pays d'Afrique subsaharienne que le répondant (mixité intra-africaine) ; 3) partenaire né-e dans un pays en dehors de l'Afrique subsaharienne (mixité extra-africaine)<sup>57</sup>. Une variable binaire aurait conduit à masquer la catégorie intermédiaire, celle qui concerne les relations entre personnes de pays d'Afrique subsaharienne différents. Or, il nous semble que l'identification de ces relations permet d'éclairer sous un jour différent les enjeux de mixité, et notamment d'interroger l'existence d'une minorité africaine. Considérer cette catégorie ne préjuge pas que les personnes

---

<sup>56</sup> Un enfant né de deux parents immigrés, dont aucun n'a acquis la nationalité française à sa naissance, ne naît pas français. La nationalité française est alors obtenue de plein droit à la majorité de l'enfant, si celui-ci a résidé au moins cinq ans en France depuis l'âge de 11 ans. La législation accorde la nationalité française à la naissance par filiation, lorsqu'un des deux parents est français au moment de la naissance **Borrel Catherine et Lhommeau Bertrand** 2010 'Etre né en France d'un parent immigré', *Insee Première*(1287): 4..

<sup>57</sup> Les situations de mixité extra-africaine engagent majoritairement des partenaires de nationalité française à la naissance (80 %), donc très majoritairement nés en France. Quand les personnes migrantes d'Afrique subsaharienne ne sont pas avec quelqu'un d'Afrique subsaharienne, elles ne sont que très rarement avec des immigrés d'autres régions (notamment d'Afrique du Nord ou d'Europe du Sud qui constituent les groupes d'immigrés majoritaires dans le contexte français).



s'y identifient mais peut permettre de mieux décrire les trajectoires sexuelles et conjugales.

Les données de l'enquête – en raison de sa préoccupation pour la sexualité et notamment pour le *sexual mixing* – permettent d'analyser toutes les relations et pas seulement les relations conjugales. Ces relations sont caractérisées selon leur degré d'engagement et d'asymétrie de sexe à l'aide des variables disponibles dans l'enquête. L'engagement dans la relation est appréhendé par l'information sur le statut de cohabitation. L'asymétrie de sexe au sein de la relation est abordée en mobilisant l'écart d'âge entre partenaires et le statut d'emploi des partenaires. La première variable constitue un indicateur de hiérarchie au sein de la relation, tandis que la seconde traduit l'autonomie relative des deux partenaires. Dans les analyses multivariées, les variables de référence sont les relations dans lesquelles l'homme a au moins cinq ans de plus que la femme et celles dans lesquelles seul l'homme travaille ; deux modalités qui traduisent des configurations inégalitaires.

Afin d'inscrire l'analyse de la mixité dans la trajectoire migratoire, les profils d'entrée dans la sexualité présentés dans le quatrième chapitre ont été mobilisés. Pour les personnes du premier profil, on peut penser que l'entrée dans la conjugalité s'est faite avant la migration, en particulier pour les femmes car celles-ci sont plus souvent venues que les hommes dans le cadre du regroupement familial. S'agissant des personnes des deuxième et troisième profils, l'entrée dans la conjugalité s'est très probablement faite après la migration.

Quant aux capitaux socioculturels et économiques, ils sont appréhendés à travers : 1) le niveau d'études (primaire maximum, secondaire, supérieur), la langue parlée à la maison (français, autres langues) et la pratique de la religion (régulière, non régulière) ; 2) le statut professionnel (actif, au chômage, étudiant, inactif), la catégorie socioprofessionnelle pour les personnes qui travaillent actuellement (artisan/commerçant/cadre supérieur, profession intermédiaire, employé, ouvrier) ainsi que la situation financière (regroupée en deux catégories : « ça va », « difficile »).

L'analyse proposée se déploiera en deux temps. Dans une première partie, il s'agira de réinscrire l'analyse de la mixité au sein des trajectoires migratoires afin de faire ressortir le caractère structurant des conditions de la migration, et en particulier du lieu de socialisation pendant l'enfance. Étant donné que différents processus sont

en jeu selon le type de mixité considéré, nous comparerons, dans un premier temps, les caractéristiques migratoires et socioéconomiques selon que les personnes sont avec quelqu'un du même pays ou d'un autre pays (mixité vs non-mixité). Puis, nous comparerons, parmi les personnes en relations mixtes, selon que le partenaire est né dans un autre pays d'Afrique subsaharienne ou n'est pas né en Afrique subsaharienne (mixité intra-africaine vs mixité extra-africaine). Dans une deuxième partie, la prise en compte du statut de la relation permettra de mettre au jour le lien entre mixité, stratification sociale des relations et asymétrie de sexe.

### **6.3. DES TRAJECTOIRES SEXUELLES ET CONJUGALES ENTRE SOCIALISATION ET DISCRIMINATIONS**

---

Tenir compte à la fois du contexte de socialisation sexuelle et du contexte social du premier rapport sexuel permet de comparer des hommes et des femmes dont les conditions de migration, si elles ne sont pas équivalentes, se rapprochent, et conduit à mettre en exergue les différences entre les expériences féminines et masculines. Dans cette première partie, les analyses présentées portent sur toutes les relations, indépendamment de leur statut de cohabitation, élément dont nous tiendrons compte dans la seconde partie des analyses.

#### **6.3.1. LA MIXITÉ TRADUIT UNE HISTOIRE MIGRATOIRE GENRÉE...**

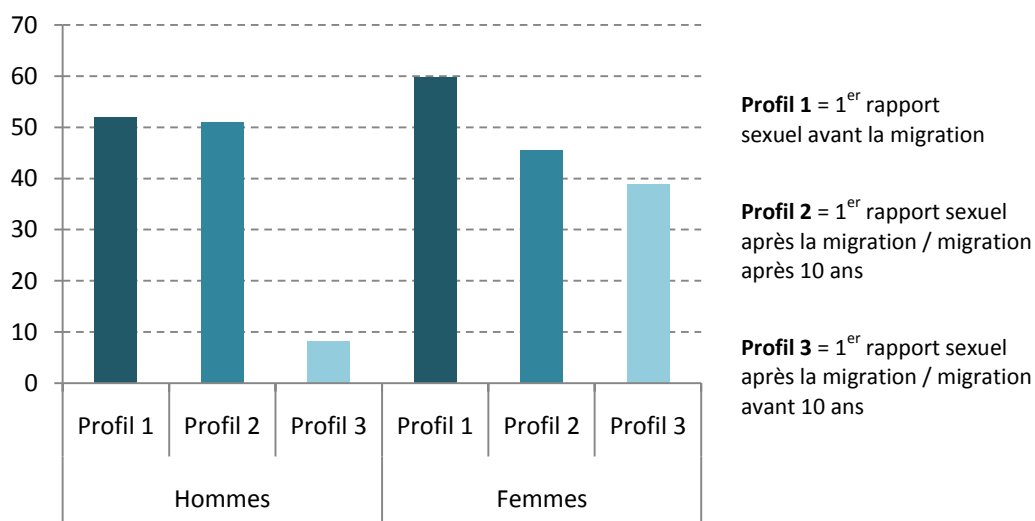
---

La migration favorise la rencontre de partenaires d'autres origines géographiques, comme attesté par l'importance de la mixité dans cette population, c'est-à-dire des relations qui engagent des partenaires nés dans un autre pays (47 % des femmes et 50 % des hommes). Ces résultats sont cohérents avec ce qui a été observé dans l'enquête *Étude de l'Histoire Familiale* de 1999 dans laquelle 57 % des femmes et 60 % des hommes immigrés d'Afrique subsaharienne déclaraient être en couple avec une personne d'un autre pays (Filhon et Varro 2005).

Les conditions de la migration structurent fortement la construction des trajectoires sexuelles et conjugales, comme en témoigne la fréquence de la mixité parmi les personnes qui ont migré pendant leur enfance (Figure 6-1). Se retrouver en union mixte renvoie en creux à une socialisation commune des partenaires pendant l'enfance et l'adolescence – notamment par le biais de l'école (Filhon et Varro 2005). Cette mixité géographique s'accorde ainsi avec une forte homogamie éducative dont l'âge à la migration en France constitue un indicateur. Utiliser le terme de mixité ne préjuge pas du sens qu'elle a pour les individus. Des personnes socialisées dans le même contexte peuvent ne pas considérer être dans une relation mixte même si leurs pays de naissance diffèrent. En outre, sans information sur l'âge à la migration de leur partenaire, il convient d'être prudent dans les analyses. Selon

que le partenaire a migré sensiblement au même âge ou non qu'ego, leurs contextes de socialisation sexuelle seront semblables ou différents.

**Figure 6-1 - Proportion de personnes dont le partenaire actuel est né dans le même pays selon le profil d'entrée dans la sexualité, par sexe**



**Champ** : personnes ayant déclaré une relation au cours des douze derniers mois avec une personne de l'autre sexe

**Source** : enquête KABP migrants, Inpes, 2005

Cette mixité géographique s'articule également avec une forte intégration socioculturelle, comme attestée par le fait que les personnes qui parlent français chez elles sont plus souvent avec un partenaire d'un autre pays (Tableau 6-1). En revanche, un indicateur communément associé à une forte mixité géographique – le niveau d'études – ne ressort pas dans nos analyses pour les femmes, probablement en raison du niveau d'études élevé dans cette population. Peut-être que la différence se fait entre les femmes n'ayant pas fait d'études et les autres, ce que la faiblesse des effectifs dans la catégorie « niveau d'études primaires maximum » ne permet pas de faire ressortir. On peut également penser que c'est l'homogamie culturelle – attestée par l'âge à la migration en France et la langue parlée – qui est la plus déterminante pour rendre compte des trajectoires de mixité. Les interprétations se doivent d'être prudentes étant donné qu'il est difficile de savoir dans quel sens ces processus jouent. Est-ce parce que les personnes se mettent avec quelqu'un d'un autre pays qu'elles déclarent parler français chez elle ou, à l'inverse, est-ce parce qu'elles

parlent français qu'elles se mettent préférentiellement avec quelqu'un d'un autre pays ? Les données ne permettent pas de répondre à ces questions. En outre, cela doit être nuancé en fonction du statut de la relation, le fait de parler français chez soi n'ayant pas le même sens dans les relations cohabitantes et non cohabitantes.

**Tableau 6-1 – Caractéristiques socioculturelles et économiques selon l'origine géographique du partenaire actuel, par sexe**

	Hommes				Femmes			
	Non-mixité		Mixité		Non-mixité		Mixité	
	%	N	%	N	%	N	%	N
	100,0	310	100,0	316	100,0	320	100,0	281
<b>Niveau d'étude</b>								
Primaire	11,7	36	4,8	15	10,4	33	8,6	24
Secondaire	32,6	100	34,6	108	44,5	141	38,7	108
Supérieur	55,7	171	60,6	189	45,1	143	52,7	147
<i>p-value</i> entre mixité et non-mixité	***				NS			
<b>Statut professionnel</b>								
Actif	61,4	189	53,8	170	47,5	152	45,0	126
Au chômage	24,4	75	21,8	69	19,4	62	21,4	60
Etudiant	11,4	35	23,1	73	16,3	52	26,4	74
Inactif	2,9	9	1,3	4	16,9	54	7,1	20
<i>p-value</i> entre mixité et non-mixité	***				***			
<b>Situation financière</b>								
Ça va	44,2	134	46,3	145	48,3	154	53,7	151
Difficile	55,8	169	53,7	168	51,7	165	46,6	130
<i>p-value</i> entre mixité et non-mixité	NS				NS			
<b>Langue parlée à la maison</b>								
Français	49,3	149	63,4	189	39,1	117	62,0	165
Autres langues	50,7	153	36,6	109	60,9	182	38,0	101
<i>p-value</i> entre mixité et non-mixité	***				***			
<b>Pratique de la religion</b>								
Régulière	57,8	178	43,3	135	55,5	177	34,9	98
Non-régulière	42,2	130	56,7	177	44,5	142	65,1	183
<i>p-value</i> entre mixité et non-mixité	***				***			
<b>Catégorie socioprofessionnelle <sup>(1)</sup></b>								
Artisan, commerçant, cadre supérieur	11,2	35	9,5	30	4,6	15	6,4	24
Profession intermédiaire	11,2	35	13,0	41	5,2	17	10,4	40
Employé	45,5	141	43,8	138	88,2	282	79,2	301
Ouvrier	32,1	100	33,7	106	2,0	6	4,0	15
<i>p-value</i> entre mixité et non-mixité	NS				NS			
<b>Lecture</b> : les femmes qui sont avec un partenaire du même pays (non-mixité) sont 55,5 % à déclarer pratiquer régulièrement leur religion contre 34,9 % de celles dont le partenaire est d'un autre pays (mixité)								
<sup>(1)</sup> pour les personnes qui travaillent actuellement								
<b>Champ</b> : personnes ayant eu partenaire sexuel de l'autre sexe au cours des douze derniers mois								
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.								
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif								

Si la mixité reflète l'histoire migratoire des personnes, il s'agit d'une histoire genrée. Pour les hommes, c'est avant tout le contexte de socialisation pendant l'enfance qui est décisif (Figure 6-1). Ceux qui ont migré avant dix ans ont très minoritairement une partenaire née dans le même pays (8 %). En revanche, l'on n'observe aucune différence entre les hommes selon qu'ils ont commencé leur vie sexuelle avant ou après la migration – bien que les contextes d'entrée dans la sexualité et dans la conjugalité diffèrent dans ces deux groupes. Pour les femmes, c'est principalement le contexte social d'entrée dans la sexualité qui est déterminant (Figure 6-1). Celles qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant la migration ont plus souvent un partenaire né dans le même pays que celles qui ont vécu leur premier rapport sexuel après la migration. Parmi les femmes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant la migration, près d'un tiers (29 %) n'a déclaré qu'un seul partenaire au cours de la vie, ce qui semble indiquer que leur premier partenaire sexuel et leur partenaire actuel ne font qu'un.

Étant donné que le clivage se construit autour du contexte de socialisation pour les hommes et du contexte social du premier rapport sexuel pour les femmes, les mêmes conditions d'entrée dans la sexualité ne conduisent pas à des trajectoires de mixité équivalentes pour les deux sexes. Pour les hommes et les femmes qui ont commencé leur vie sexuelle avant la migration, le rôle prépondérant du regroupement familial dans les migrations féminines est attesté par les différences entre les taux de mixités féminines et masculines, les femmes étant plus souvent que les hommes avec un partenaire du même pays. L'organisation des migrations ne suffit pas, en revanche, à rendre compte des différences de taux de mixité entre les hommes et les femmes qui ont migré pendant leur enfance. Parmi ces personnes, les femmes sont beaucoup plus souvent que les hommes avec un partenaire du même pays (39 % vs 8 %) (Figure 6-1). Ainsi, la convergence des conditions de migration parmi les femmes et les hommes qui ont migré pendant leur enfance ne s'accompagne pas d'un rapprochement des expériences féminines et masculines. En outre, les femmes de ce groupe ont fait plus d'études que les hommes, ce qui est généralement lié à une plus forte propension à la mixité. Malgré la durée de la socialisation en France et l'importance de la scolarisation féminine dans ce profil, c'est dans le troisième profil que l'on observe le plus de différences entre les sexes.

Si ces différences nécessitent d'être interprétées avec précaution en raison de la faiblesse des effectifs, elles semblent traduire le caractère genré des normes sexuelles. Les femmes peuvent être plus incitées à choisir un partenaire né dans le même pays, y compris lorsqu'elles sont arrivées très jeunes en France. Cela peut dénoter une stratégie de contrôle social de la sexualité des femmes en contexte migratoire par le groupe d'appartenance. Ce contrôle social ne se renforce pas obligatoirement en migration mais peut passer par des biais différents, et notamment par le choix du partenaire. La diversification des possibilités de rencontre peut nécessiter de réaffirmer, de manière différentielle selon le sexe, l'importance du groupe d'appartenance. En outre, si les relations avec les hommes du groupe majoritaire sont considérées comme émancipatrices pour les femmes des groupes minoritaires, cela signifie *a contrario* que les relations avec les hommes de leur groupe sont marquées du sceau de la domination masculine. C'est finalement parmi les personnes qui ont vécu leur premier rapport sexuel après la migration et qui ont migré pendant leur adolescence que l'on observe des taux de mixité équivalents pour les deux sexes (Figure 6-1). Ces résultats confirment ce qu'avait montré l'analyse du premier rapport sexuel dans le quatrième chapitre : c'était en effet parmi les hommes et les femmes qui ont migré pendant leur adolescence que les conditions d'entrée dans la sexualité étaient les plus proches.

Ces premiers résultats attestent le rôle prépondérant et sexuellement différencié des conditions de migration sur la construction des trajectoires sexuelles et conjugales. La prise en compte des conditions d'entrée dans la sexualité a permis de mettre au jour les différences d'expériences féminines et masculines que les pourcentages bruts masquaient. Contrairement à l'hypothèse de départ, des conditions de migration équivalentes ne conduisent pas forcément aux mêmes trajectoires de mixité pour les hommes et les femmes.

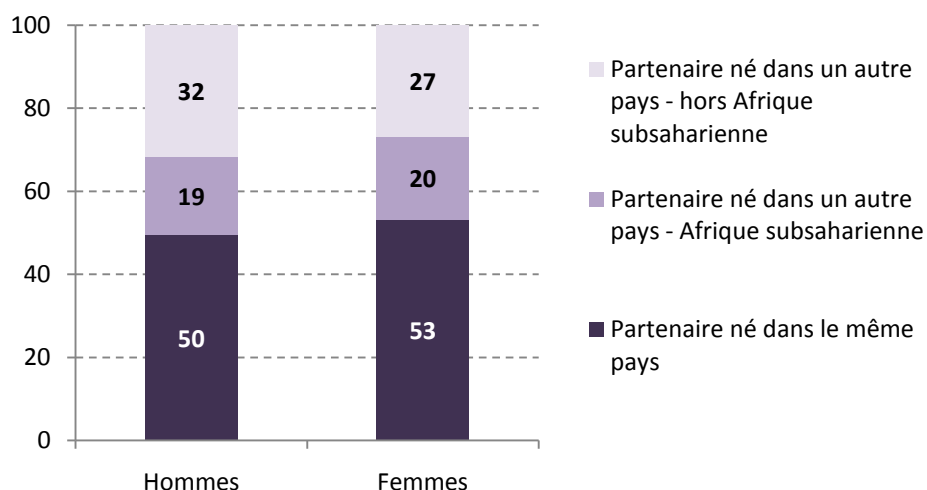
### **6.3.2. ... ET QUESTIONNE L'EXISTENCE D'UNE MINORITÉ AFRICAINE**

---

Le constat de cette importante mixité nécessite d'être nuancé étant donné qu'une proportion élevée de personnes a un partenaire d'un autre pays d'Afrique

subsaharienne que le sien (20 % des femmes et 19 % des hommes), résultat également observé dans l'enquête *Trajectoires et Origines* pour les immigrés d'Afrique subsaharienne vivant en couple (mariés, pacsés ou en concubinage) (Hamel, *et al.* 2010).

**Figure 6-2 – Origine géographique du partenaire actuel, par sexe**



**Champ** : personnes qui ont déclaré une relation au cours des douze derniers mois avec une personne de l'autre sexe

**Source** : enquête KABP migrants, Inpes, 2005

L'homogamie culturelle semble constituer un élément central dans la construction de ces relations, comme en atteste le fait que les hommes et les femmes ayant un partenaire né dans un autre pays d'Afrique subsaharienne ont à la fois moins souvent déclaré parler français chez eux et plus souvent pratiquer régulièrement leur religion que ceux dont le partenaire n'était pas né dans un pays d'Afrique subsaharienne (Tableau 6-2). Une faible maîtrise du français et une pratique religieuse régulière peuvent créer des frontières avec d'autres groupes et constituer un frein à la constitution de relations avec des partenaires qui ne sont pas originaires d'Afrique subsaharienne. En outre, une pratique régulière de la religion peut être un marqueur de réseau de sociabilité spécifique.



**Tableau 6-2 – Caractéristiques socioculturelles et économiques selon l'origine géographique du partenaire actuel, par sexe**

	Hommes				Femmes			
	Mixité intra-africaine		Mixité extra-africaine		Mixité intra-africaine		Mixité extra-africaine	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Effectifs	100,0	118	100,0	198	100,0	120	100,0	161
<b>Niveau d'étude</b>								
Primaire	6,1	7	4,1	8	6,7	8	10,0	16
Secondaire	33,0	39	35,5	70	42,0	50	36,2	58
Supérieur	60,9	72	60,4	120	51,3	62	53,8	87
<i>p-value</i> entre mixité intra- et extra-africaine	NS				NS			
<b>Statut professionnel</b>								
Actif	55,9	66	52,5	104	44,2	53	45,6	73
Au chômage	28,0	33	18,2	36	18,3	22	23,8	38
Étudiant	14,4	17	28,3	56	32,5	39	21,9	35
Inactif	1,7	2	1,0	2	5,0	6	8,8	14
<i>p-value</i> entre mixité intra- et extra-africaine	**				***			
<b>Situation financière</b>								
Ça va	39,3	46	50,5	100	47,5	57	58,4	94
Difficile	60,7	72	49,5	98	52,5	63	41,6	67
<i>p-value</i> entre mixité intra- et extra-africaine	*				*			
<b>Langue parlée à la maison</b>								
Français	57,5	68	67,0	133	53,0	64	68,9	111
Autres langues	42,5	50	33,0	65	47,0	56	31,1	50
<i>p-value</i> entre mixité intra- et extra-africaine	*				***			
<b>Pratique de la religion</b>								
Régulière	58,6	69	34,2	68	45,8	55	26,7	43
Non régulière	41,4	49	65,8	130	54,2	65	73,3	118
<i>p-value</i> entre mixité intra- et extra-africaine	***				***			
<b>Catégorie socioprofessionnelle <sup>(1)</sup></b>								
Artisan, commerçant, cadre supérieur	13,9	16	6,7	13	7,5	9	5,6	9
Profession intermédiaire	12,3	15	13,5	27	5,7	7	13,9	22
Employé	40,0	47	46,1	91	84,9	102	75,0	121
Ouvrier	33,8	40	33,7	67	1,9	2	5,6	9
<i>p-value</i> entre mixité intra- et extra-africaine	NS				NS			
<b>Lecture</b> : les hommes qui sont avec une partenaire d'un autre pays africain (mixité intra-africaine) sont 60,7 % à déclarer que leur situation financière est difficile, contre 49,5 % de ceux dont le partenaire n'est pas africain (mixité extra-africaine)								
<sup>(1)</sup> pour les personnes qui travaillent actuellement								
<b>Champ</b> : personnes ayant eu partenaire sexuel de l'autre sexe au cours des douze derniers mois								
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.								
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif								

Mis à part les affinités culturelles, cette mixité intra-africaine est sans doute favorisée par les conditions de vie de ces populations en France, économiquement désavantagées malgré leur haut niveau d'études.

En outre, la position socioéconomique des hommes et des femmes dont le (ou la) partenaire est né-e en Afrique subsaharienne (qu'il (ou elle) soit ou non né-e dans le même pays) semble moins favorable que celle des personnes dont le (ou la) partenaire n'est pas né-e dans un pays d'Afrique subsaharienne comme en témoigne leur situation financière moins avantageuse (Tableau 6-2). Cette importante mixité intra-africaine interroge sur le rôle des conditions de vie. Même si les données ne permettent pas de mettre directement en lien les conditions de vie et les réseaux socio-sexuels, ces résultats sont cohérents avec les travaux de Mirna Safi qui ont confirmé, dans le contexte français, le lien entre les facteurs structurels, en particulier la ségrégation résidentielle, et la mixité conjugale (Safi 2008). Pour autant, on ne peut préjuger du sens de la relation entre ces variables étant donné qu'il s'agit de données transversales.

L'existence de cette minorité africaine ne saurait sans doute être réduite à une question de classe sociale, comme attesté par l'absence de corrélation entre la catégorie socioprofessionnelle – comme indicateur de position sociale – et l'origine géographique du partenaire (Tableau 6-2). Comme rappelé précédemment, l'échantillon constitué, s'il est diversifié, reflète les positions sociales globalement défavorables des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne en France. Dans une recherche menée sur des migrant·e·s africain·e·s et leurs descendants en France, l'influence d'une forte ségrégation spatiale, principalement autour du quartier ou de l'école, dans la constitution de réseaux sociaux ségrégués a conduit l'auteur à s'interroger sur une identification liée au territoire plus qu'à la classe ou à la culture (Barou 2011). D'autres recherches ont également montré que le regroupement de ces populations sur certains territoires contribuait à la création de réseaux sociaux africains, qui n'étaient plus uniquement fondés sur le pays de naissance et qui englobaient des personnes de classes sociales différentes (Quiminal et Timera 2002). Néanmoins, les indicateurs à disposition dans l'enquête ne permettent pas d'approfondir cette question, et l'information sur la catégorie socioprofessionnelle ne suffit à l'évidence pas à mener une analyse en termes de classes sociales.

Si le regroupement de ces populations dans des espaces de vie et de (non-)travail entraîne une segmentation des espaces de rencontre et, partant, une probabilité accrue de rencontrer un partenaire originaire d’Afrique subsaharienne, l’expérience de la migration ainsi que le vécu des discriminations et du racisme peuvent également contribuer à la constitution de réseaux africains, plus uniquement fondés sur le pays de naissance (Quiminal et Timera 2002; Ndiaye 2008), et contribuer à la formation d’un sentiment d’appartenance, ce que Pap Ndiaye appelle « une condition noire » (Ndiaye 2008).

Ainsi, les discriminations raciales dont ces populations font l’expérience contribuent à la création de réseaux sociaux qui représentent des espaces de solidarité et de sociabilité, et peuvent devenir des lieux de rencontre de partenaires. Ces réseaux sont produits par un sentiment d’appartenance et peuvent en retour le renforcer. La structuration de ces réseaux est par ailleurs facilitée par la pratique du français, une majorité des migrant·e·s africain·e·s venant de pays anciennement colonisés par la France. Ce sentiment d’appartenance peut entraîner une préférence pour un partenaire appartenant au même groupe, tandis que la stigmatisation et le rejet peuvent restreindre les possibilités de former un couple mixte, ce qui renvoie au registre des catégories de perception et de leur rôle dans le choix du partenaire.

Le choix d’un conjoint d’un autre pays d’Afrique subsaharienne peut également constituer une stratégie d’émancipation et d’autonomie par rapport à la famille : un partenaire ayant une histoire migratoire commune – même s’il est originaire d’un autre pays – peut constituer un compromis par rapport aux attentes familiales. Ce choix constitue une ressource et ne doit pas être analysé uniquement sous le prisme de la discrimination et du racisme. Pour analyser cette ségrégation des réseaux sexuels, il faut tenir les deux bouts : ce qui relève des conditions de vie et donc de la segmentation des espaces de rencontre, d’une part, et de l’identification et des catégories de perception, d’autre part.

Si l'origine géographique du partenaire traduit l'histoire migratoire des personnes et notamment l'influence du contexte de socialisation pendant l'enfance, la mixité intra-africaine interroge l'expérience des discriminations, qu'il s'agisse de son influence sur les conditions de vie ou sur la production d'une condition minoritaire. Cette hypothèse nécessite d'être affinée en tenant compte du statut des relations, étant donné que la mixité ne possède pas le même sens dans les relations conjugales et dans les relations moins formalisées.

## **6.4. UNE SEGMENTATION DES PARTENAIRES SELON LE STATUT DE LA RELATION**

---

La prise en compte du statut de la relation devrait permettre de mettre au jour le lien entre mixité, stratification sociale des relations et asymétrie de sexe. Le fait d'être avec un partenaire d'un autre pays n'a pas le même sens dans des relations conjugales et dans des relations moins formalisées.

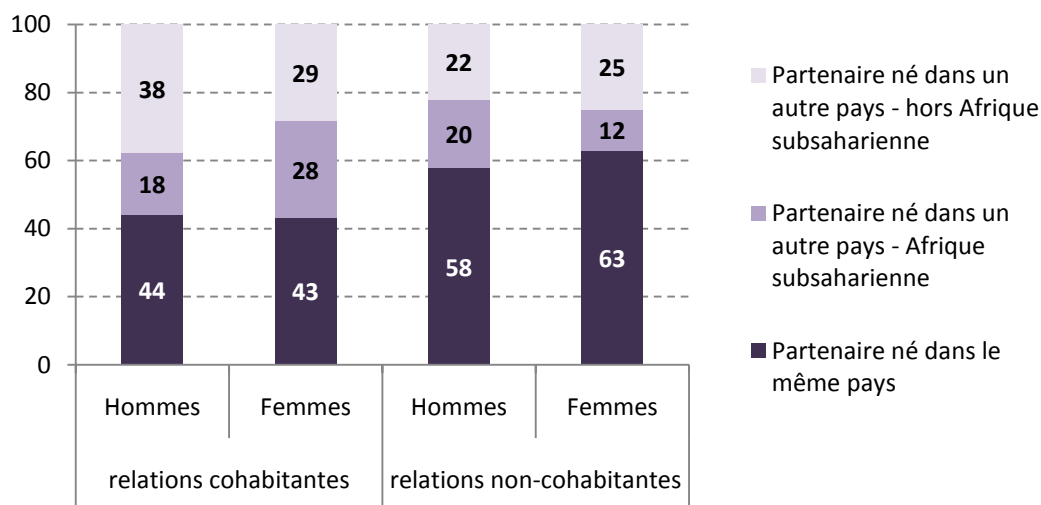
### **6.4.1. LA STRATIFICATION DES RELATIONS SEXUELLES ET CONJUGALES**

---

La mixité diminue dans les relations de couple comme en témoigne le fait que les relations cohabitantes engagent majoritairement des partenaires du même pays : respectivement 58 % pour les hommes et 63 % pour les femmes dans les relations cohabitantes *vs* 45 % et 43 % dans les relations non cohabitantes (Figure 6-3). Dans des relations synonymes d'engagement et d'une certaine visibilité sociale, les attentes de l'entourage et sa possible désapprobation jouent un rôle important, à la fois dans le choix des partenaires et dans le maintien des relations (Laumann, *et al.* 1994).

Cette moindre mixité dans les relations de couple se vérifie également pour les personnes qui ont migré pendant leur enfance (résultats non présentés). Le fait que les personnes ayant migré pendant leur enfance aient majoritairement des partenaires du même pays dans les relations de couple semble témoigner que ces relations relèvent de la non-mixité et traduisent l'existence d'un sentiment d'appartenance. Les différences observées dans le type de mixité en fonction du degré d'engagement dans la relation dessinent en creux les frontières du groupe d'appartenance. Si les différences sont aussi marquées en fonction du statut de la relation, c'est que certaines relations sont valorisées et facilitées, tandis que d'autres sont socialement réprouvées, voire stigmatisées.

**Figure 6-3 – Origine géographique du partenaire selon le statut de cohabitation, par sexe**



**Champ** : personnes qui ont déclaré une relation au cours des douze derniers mois avec une personne de l'autre sexe

**Source** : enquête KABP migrants, Inpes, 2005

Ces processus sont fortement genrés (Figure 6-3). Tandis que les schémas de mixité sont similaires parmi les hommes et les femmes qui cohabitent avec leur partenaire, des différences se font jour dans les relations non cohabitantes, comme en atteste la fréquence de la mixité intra-africaine pour les femmes et de la mixité extra-africaine pour les hommes. Quand les personnes ne sont pas avec quelqu'un du même pays, les femmes sont alors majoritairement avec des hommes d'un autre pays d'Afrique subsaharienne, tandis que les hommes sont majoritairement avec des femmes ne venant pas d'Afrique subsaharienne.

Deux raisons peuvent rendre compte de ce phénomène : d'une part, les réseaux sociaux des femmes peuvent être moins diversifiés, en raison notamment de leur moindre accès au marché de l'emploi (Insee 2005; Beauchemin, *et al.* 2010b). D'autre part, le caractère genré des normes sur la sexualité implique une sexualité préférentiellement inscrite dans la conjugalité pour les femmes (Wellings, *et al.* 2006; Locoh 2007; Bajos et Bozon 2008). Le contrôle social sur la sexualité des femmes et le fait que les femmes perçoivent plus souvent leur partenaire comme un conjoint potentiel peuvent alors conduire à une contrainte plus forte au choix d'un partenaire africain. Cela peut constituer une indication de la transformation des

frontières entre groupes qui ne sont plus fondées sur le pays de naissance mais sur l'appartenance à cette minorité d'Afrique subsaharienne. Étant donné que la définition et la réaffirmation des frontières entre les groupes passent en particulier par le contrôle social sur la sexualité des femmes, celles-ci peuvent être soumises à une forte contrainte concernant leur « choix » de partenaire. Un processus semblable à celui observé parmi les femmes qui avaient migré pendant leur enfance apparaît ici.

Ainsi, le fait que les personnes aient majoritairement des partenaires d'un autre pays dans les relations moins formalisées n'est pas forcément un signe d'affaiblissement des frontières entre les groupes sociaux. Cela peut constituer un indicateur que les frontières se déplacent en qualifiant le type de partenaire acceptable en fonction du statut de la relation. En d'autres termes, s'il est possible d'avoir des relations sexuelles et/ou de courte durée avec quelqu'un d'un autre pays, ce n'est pas la même chose dans les relations de couple. Dans ces relations, en particulier celles dans lesquelles un projet d'enfant existe, les frontières du groupe d'appartenance se resserrent pour exclure un certain nombre de partenaires. Qu'une proportion non négligeable des relations engage des partenaires d'un autre pays d'Afrique subsaharienne peut attester qu'un sentiment d'appartenance existe dans ces groupes de la population. Si seules les relations moins formalisées étaient concernées par cette mixité intra-africaine, l'hypothèse du regroupement de populations dans certains espaces de vie aurait été suffisante pour rendre compte de cette organisation des réseaux socio-sexuels. Le fait que les relations de couple engagent dans des proportions importantes des personnes d'un autre pays d'Afrique subsaharienne constitue un argument en faveur de l'existence de cette minorité.

L'analyse de la mixité donne à voir la recomposition des frontières d'appartenance et leur déplacement en contexte migratoire. C'est plus une segmentation des partenaires possibles selon le statut de la relation que l'on observe qu'une ouverture massive et indifférenciée des réseaux socio-sexuels. Prendre en compte le statut de la relation est également important lorsque l'on s'intéresse à l'asymétrie homme/femme au sein des relations.

#### 6.4.2. MIXITÉ ET ASYMÉTRIE DE GENRE : LE RÔLE CENTRAL DU STATUT DE LA RELATION

---

Comme en témoigne l'importance des écarts d'âges entre partenaires, l'asymétrie de genre est forte dans cette population. Les hommes ont en effet en moyenne cinq ans de plus que leur partenaire féminine<sup>58</sup>. L'homme est plus âgé que la femme dans 80 % des relations et 20 % des femmes et 13 % des hommes sont dans des relations dans lesquelles l'homme a au moins dix ans de plus (Tableau 6-3). En outre, la situation des femmes est marquée par une faible autonomie, comme l'atteste la proportion de relations dans lesquelles seul l'homme travaille, situation qui concerne 17 % des hommes et 46 % des femmes (Tableau 6-4). Cette asymétrie de genre n'est pas spécifique aux migrant·e·s d'Afrique subsaharienne, même si ces phénomènes peuvent être redoublés par les normes sur la conjugalité et la sexualité dans ces populations, et par les conditions de migration et de vie en France.

---

<sup>58</sup> Pour être exact, les hommes ont en moyenne quatre ans de plus que leur partenaire féminine tandis que les femmes ont en moyenne six ans de moins que leur partenaire masculin. La différence d'écart d'âge pour le groupe des femmes et celui des hommes s'explique par la structure de la population. Étant donné que les femmes ont des partenaires plus âgés et les hommes des partenaires plus jeunes, une partie des partenaires des femmes, et dans une moindre mesure, des partenaires des hommes, ne sont pas dans l'échantillon. Or, les écarts d'âges sont d'autant plus élevés que les personnes sont âgées (résultats non présentés), ce qui explique cette différence dans les écarts d'âges.



**Tableau 6-3 – Écart d'âge avec le partenaire, par statut de cohabitation et par sexe**

	Total		Relations cohabitantes		Relations non-cohabitantes	
	%	N	%	N	%	N
<b>Hommes</b>						
L'homme est plus jeune / même âge que la femme	23,8	149	15,9	40	29,1	109
L'homme a entre 2 et 4 ans de plus	35,1	220	35,5	89	34,9	131
L'homme a entre 5 et 9 ans de plus	27,8	174	35,9	90	22,4	84
L'homme a au moins 10 ans de plus	13,3	83	12,8	32	13,6	51
Total	100,0	626	100,0	251	100,0	375
<i>p-value</i> selon le statut de la relation	***					
<b>Écart d'âge moyen, en années</b>	4,3		4,8		3,9	
<b>Femmes</b>						
L'homme est plus jeune / même âge que la femme	15,7	92	12,0	36	19,4	56
L'homme a entre 2 et 4 ans de plus	27,1	159	22,7	68	31,6	91
L'homme a entre 5 et 9 ans de plus	37,5	220	41,5	124	33,3	96
L'homme a au moins 10 ans de plus	19,8	116	23,8	71	15,6	45
Total	100,0	587	100,0	299	100,0	288
<i>p-value</i> selon le statut de la relation	***					
<b>Écart d'âge moyen, en années</b>	5,9		6,5		5,2	
<b>Lecture</b> : parmi les hommes qui cohabitent avec leur partenaire, 35,9 % ont entre 5 et 9 ans de plus que leur partenaire vs 22,4 % parmi les hommes qui ne cohabitent pas avec leur partenaire.						
<b>Champ</b> : personnes ayant eu partenaire sexuel de l'autre sexe au cours des douze derniers mois						
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.						
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif						

**Tableau 6-4 – Statut d’emploi des partenaires, par statut de cohabitation et par sexe**

	Total		Relations cohabitantes		Relations non-cohabitantes	
	%	N	%	N	%	N
<b>Hommes</b>						
L’homme et la femme travaillent	44,5	222	61,6	154	27,3	68
Seul l’homme travaille	16,8	84	16,0	40	17,7	44
Seule la femme travaille	18,5	92	15,2	38	21,7	54
Aucun des deux ne travaille	20,2	101	7,2	18	33,3	83
Total	100,0		100,0	250	100,0	249
<i>p-value</i> selon le statut de la relation	***					
<b>Femmes</b>						
L’homme et la femme travaillent	43,3	236	52,6	161	31,4	75
Seul l’homme travaille	45,7	249	39,8	122	53,1	127
Seule la femme travaille	3,5	19	3,9	12	2,9	7
Aucun des deux ne travaille	7,5	41	3,6	11	12,6	30
Total	100,0		100,0	306	100,0	239
<i>p-value</i> selon le statut de la relation	***					
<b>Lecture</b> : parmi les femmes qui cohabitent avec leur partenaire, 3,6 % sont dans une relation où aucun des deux partenaires ne travaillent vs 12,6 % dans les relations non-cohabitantes.						
<b>Champ</b> : personnes ayant eu partenaire sexuel de l’autre sexe au cours des douze derniers mois						
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.						
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif						

Dans quelle mesure cette asymétrie est-elle liée à l’origine géographique du partenaire ? Les relations qui engagent des partenaires du même pays ou d’un pays d’Afrique subsaharienne sont-elles plus inégalitaires que les autres ? Comme nous allons le voir, cette question amène des réponses différenciées pour les hommes et pour les femmes, et selon le statut de la relation.

**Tableau 6-5 – Facteurs associés au fait que l’homme ait minimum cinq ans de plus que la femme**

	Hommes				Femmes			
	N	%	OR[IC]		N	%	OR[IC]	
<b>Origine du/de la partenaire</b>								
Même pays	275	51,4	1		298	61,8	1	
Autre pays – Afrique subsaharienne	106	41,6	0,77	[0,47;1,28] NS	113	54	0,77	[0,47;1,28] NS
Autre pays – hors Afrique	187	25,3	0,49	[0,31;0,78] ***	153	49	0,49	[0,31;0,78] NS
<b>Cohabitation avec le/la partenaire</b>								
Oui	223	48,4	1		285	64,1	1	
Non	345	36,6	1,18	[0,78;1,79] NS	279	49,1	1,18	[0,78;1,79] ***
<b>Profil d’entrée dans la sexualité</b>								
Profil 1	429	45,1	1		328	59,7	1	
Profil 2	92	37,8	0,88	[0,52;1,49] NS	171	56,2	0,88	[0,52;1,49] NS
Profil 3	47	14,9	0,53	[0,21;1,33] NS	65	43,1	0,53	[0,21;1,33] **
<p><b>Lecture</b> : les hommes dont la partenaire n’est pas née en Afrique subsaharienne ont une probabilité 0,49 fois supérieure d’avoir cinq ans de plus que leur partenaire</p> <p>Ajusté sur l’âge à l’enquête, le niveau d’études et la pratique de la religion</p> <p><b>Champ</b> : personnes ayant eu partenaire sexuel de l’autre sexe au cours des douze derniers mois</p> <p><b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.</p> <p>*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif</p>								

Les analyses multivariées permettent de mettre en lien l’origine géographique du/de la partenaire avec l’asymétrie de genre au sein de la relation (Tableau 6-5 et Tableau 6-6).

Pour les hommes, le choix d’une partenaire née hors d’Afrique subsaharienne peut traduire des normes moins inégalitaires concernant les relations entre les sexes. En effet, les hommes dont la partenaire n’est pas originaire d’Afrique subsaharienne ont des écarts d’âges plus faibles avec leur partenaire et sont moins souvent les seuls à travailler dans le couple que ceux dont la partenaire est originaire d’Afrique subsaharienne (Tableau 6-5 et Tableau 6-6), ce qui nous incite à parler d’une forme d’intégration d’une asymétrie socialement acceptable. Le fait que l’homme ait quelques années de plus que la femme est « normal » puisque c’est la situation majoritaire observée dans le contexte français, tandis qu’une relation dans laquelle l’homme a dix ans de plus que sa partenaire constituerait le signe d’une domination masculine beaucoup moins acceptable.

**Tableau 6-6 – Facteurs associés au fait que seul l’homme travaille**

	Hommes				Femmes			
	N	%	OR[IC]		N	%	OR[IC]	
<b>Origine du/de la partenaire</b>								
Même pays	233	22,8	1		284	44,2	1	
Autre pays – Afrique subsaharienne	83	16,9	0,84	[0,42;1,67]	NS	94	46,8	0,90 [0,55;1,50] NS
Autre pays – hors Afrique subsaharienne	134	7,5	0,37	[0,16;0,82]	**	145	49,0	1,26 [0,81;1,95] **
<b>Cohabitation avec le/la partenaire</b>								
Oui	223	16,6	1		292	40,1	1	
Non	227	17,6	1,22	[0,70;2,12]	NS	231	53,3	1,68 [1,14;2,46] NS
<b>Profils d’entrée dans la sexualité</b>								
Profil 1	346	17,3	1		301	45,5	1	
Profil 2	68	19,1	0,96	[0,46;1,98]	NS	162	48,8	0,94 [0,62;1,43] NS
Profil 3	36	11,1	1,03	[0,30;3,45]	NS	60	40,0	0,59 [0,32;1,08] NS
<b>Écart d’âge avec le / la partenaire</b>								
L’homme a maximum quatre ans de plus	266	10,9	1		215	38,6	1	
L’homme a au minimum cinq ans de plus	184	26,1	2,38	[1,30;4,35]	***	295	51,2	1,78 [1,22;2,60] ***
<b>Lecture</b> : les femmes dont le partenaire a au minimum cinq ans de plus connaissent une probabilité 1,78 fois supérieure d’être dans une relation dans laquelle seule l’homme travaille Ajusté sur l’âge à l’enquête, le niveau d’études et la pratique de la religion								
<b>Champ</b> : personnes ayant eu partenaire sexuel de l’autre sexe au cours des douze derniers mois								
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.								
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif								

La situation est très différente pour les femmes. Le fait d’être dans une relation moins inégalitaire est lié à la socialisation en France, mais surtout au statut de la relation (Tableau 6-5 et Tableau 6-6). Les relations cohabitantes sont caractérisées par des écarts d’âges plus importants (Tableau 6-3) et sont également les moins mixtes (Figure 6-3). Les résultats sont inversés pour le statut d’emploi car le fait de travailler, pour une femme, est plus fréquent dans les relations cohabitantes. Une variable plus fine sur le statut d’emploi d’ego et du partenaire aurait probablement permis d’aboutir à des conclusions similaires à celles faites pour l’écart d’âge car les écarts de poste et de salaire sont sûrement plus élevés dans les relations de couple. Ainsi, un engagement important dans une relation va de pair avec une forte homogamie géographique et une asymétrie plus importante entre les sexes. Ce sont la conjugalité et la parentalité qui renforcent la domination masculine : le statut de la relation constitue une « variable de confusion » entre la mixité et l’asymétrie. Ce résultat incite à s’intéresser aux formes de relations qui produisent des contextes

inégalitaires plutôt que de se focaliser sur les caractéristiques des personnes – et indirectement des groupes – qui seraient dépositaires du sexisme.

## CONCLUSION DU CHAPITRE

---

Nos analyses montrent que la mixité traduit une histoire migratoire genrée et questionne l'existence d'une minorité africaine. Conformément à l'hypothèse de départ, les contextes de socialisation sexuelle contribuent à structurer la biographie sexuelle ultérieure. Les personnes qui ont migré à l'âge adulte sont majoritairement avec un partenaire du même pays, tandis que celles qui ont migré pendant leur enfance sont préférentiellement avec un partenaire d'un autre pays, même si c'est moins souvent le cas pour les femmes.

Au-delà des trajectoires migratoires, les discriminations – *via* leur impact sur les conditions de vie et sur la construction d'une expérience commune – semblent participer à la construction des relations de ces migrant·e·s, comme en atteste la fréquence élevée des relations qui engagent des partenaires d'un autre pays d'Afrique subsaharienne. Ce résultat invite à approfondir l'hypothèse du rôle des conditions de vie sur la production d'espaces de rencontre ségrégués et à s'interroger sur l'existence de frontières minoritaires. Si les données ne nous permettent pas d'appréhender directement le rôle des discriminations, l'analyse des mixités fournit un indicateur des discriminations dont ces populations font l'expérience et donne à voir le déplacement et la recomposition des frontières du groupe d'appartenance en contexte migratoire.

S'intéresser à la diversité des relations a, en outre, permis de mettre en exergue la stratification sociale de ces relations et la manière dont l'asymétrie de sexe s'articule avec cette stratification. La sexualité constituant un moyen de définir les frontières entre les groupes, l'existence de relations sexuelles entre membres de groupes différents ne signifie pas forcément un effacement de ces frontières mais plutôt un déplacement selon le statut des relations considérées. Considérer que la conjugalité constitue un lieu d'expression et de renforcement de la domination masculine amène à s'intéresser aux formes de relations qui produisent des contextes inégalitaires sans se focaliser sur des groupes qui seraient dépositaires du sexisme. Or, décrire finement l'organisation sociale de ces relations – en termes de mixité, de stratification et d'asymétrie de genre – est essentiel pour resituer les pratiques de protection dans un contexte relationnel spécifique.



**CHAPITRE 7****STRATIFICATION DES RÉSEAUX SEXUELS ET  
CONSTRUCTION DU RISQUE : UN RÉVÉLATEUR DES  
FRONTIÈRES MINORITAIRES ?**

---

La problématique des réseaux sexuels est centrale pour comprendre la diffusion de l'épidémie de VIH/sida. Développée aux États-Unis dès le milieu des années 1980 pour appréhender la transmission sexuelle du VIH/sida (Klovdahl 1985), la perspective des réseaux sexuels consiste à s'intéresser à l'ensemble des partenaires sexuels d'une personne, et plus précisément à leur nombre et à leurs caractéristiques (Laumann, *et al.* 1994). La structuration des réseaux sexuels constitue un déterminant important de la transmission car la probabilité d'infection individuelle est majorée si la prévalence de l'infection dans un groupe est importante (Fenton, Mercer, *et al.* 2005). En outre, la dynamique de l'épidémie est fonction du degré de fermeture des réseaux sexuels – l'épidémie reste concentrée dans des sous-groupes de la population si les relations sexuelles ont lieu à l'intérieur du groupe – et du multipartenariat –, les relations concurrentes pouvant diminuer le temps de transmission. Si les avis divergent sur le rôle du multipartenariat dans la dynamique de l'épidémie (Morris, Kurth, *et al.* 2009; Kretzschmar, White, *et al.* 2010; Reniers et



Watkins 2010; Sawers et Stillwaggon 2010), son rôle est avéré au niveau individuel<sup>59</sup>.

La perspective des réseaux sexuels permet d'interroger la catégorisation de « groupe à risque » et de rompre avec une approche substantialiste et culturaliste des groupes de migrant·e·s en donnant la priorité aux situations d'interaction sexuelle, sans supposer l'existence et/ou l'appartenance à un groupe social déterminé. En outre, il s'agit d'une perspective structurelle qui se centre sur l'exposition au risque plus que sur la transmission, ce qui permet de tenir compte de l'organisation sociale de la sexualité dans l'analyse du risque plutôt que de se focaliser sur les pratiques sexuelles et préventives individuelles, et notamment sur les comportements dits à risque. Les réseaux sexuels constituent un niveau intermédiaire entre d'une part, les inégalités structurelles qui construisent le type de réseau sexuel et la position au sein de ces réseaux, et d'autre part, les pratiques préventives qui se jouent dans des contextes relationnels spécifiques (Morris, *et al.* 2009).

Poursuivant ce qui a été développé dans le chapitre précédent, nous souhaitons montrer que les frontières minoritaires induisent une stratification des réseaux sexuels et participent à la construction du rapport au risque et des pratiques de protection. Dans une première partie, nous revenons sur la perspective des réseaux sexuels, et notamment sur son contexte d'élaboration, afin de souligner les risques de son importation mal maîtrisée dans le contexte européen (7.1). Après avoir exposé la méthodologie (7.2), la description des réseaux sexuels des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne sous l'angle de la mixité et du multipartenariat permet de mettre en avant l'organisation de ces réseaux (7.3) et de resituer l'analyse des pratiques de protection au sein des contextes relationnels (7.4).

---

<sup>59</sup> Ces dernières années, ont eu lieu un ensemble de controverses sur le rôle du multipartenariat dans la dynamique de l'épidémie en Afrique subsaharienne. Ces controverses portent à la fois sur le fait de savoir si les relations concurrentes pouvaient constituer un moteur de l'épidémie, mais également sur le fait de savoir si la prévalence de ces relations étaient plus importantes en Afrique subsaharienne que dans d'autres régions du monde.

## 7.1. RETOUR SUR L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES RÉSEAUX SEXUELS

---

Le réseau sexuel considère l'ensemble des partenaires sexuels d'une personne sur une période donnée et sous deux aspects, leur qualité et leur quantité. Par qualité, il faut entendre les caractéristiques des partenaires sexuels. Pour autant, le jugement de valeur n'est jamais très loin, jugement qui porte plus sur la qualité de l'alliance que sur la qualité des partenaires sexuels. Cette préoccupation pour les caractéristiques des partenaires sexuels s'est particulièrement focalisée sur la mixité des relations, définie comme le fait que les deux partenaires aient des caractéristiques sociales différentes et donc, par extension, appartiennent à des groupes sociaux différents. En effet, la majorité des relations sexuelles ont lieu entre des personnes ayant des caractéristiques sociales similaires (âge, niveau d'études, profession, religion...) car les choix des partenaires sexuels sont motivés et contraints par les facteurs qui déterminent les choix amicaux (Laumann, *et al.* 1994). Ainsi, la structure des réseaux sexuels ressemble à celle des réseaux sociaux à l'exception du sexe du partenaire. Comme rappelé dans le chapitre précédent, la tendance à l'homogamie des relations se combine avec une hypergamie féminine, c'est-à-dire le fait que les femmes ont tendanciellement des partenaires d'une catégorie sociale « supérieure » à la leur (plus riche, plus diplômé, plus âgé...). En outre, plus les relations sont intégrées dans les réseaux sociaux des personnes, plus celles-ci peuvent durer.

Par quantité, il est fait référence au nombre de partenaires sexuels sur une période donnée. Alors que le multipartenariat est souvent défini dans les enquêtes quantitatives comme le fait d'avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours des douze derniers mois, il est apparu que c'était non seulement le nombre de partenaires qui était important, mais également leur temporalité, c'est-à-dire l'enchaînement des relations (Carael 1995; Rothenberg, Potterat, *et al.* 1998). Les relations concomitantes, souvent de longue durée, où la confiance et l'engagement ont plus souvent leur place, peuvent paraître sûres et ne pas nécessiter de protection. Et les personnes ne sont pas toujours informées des autres relations de leur partenaire (Drumright, Gorbach, *et al.* 2004). En outre, le fait que deux relations se chevauchent pendant deux jours ou pendant deux mois ne renvoie pas aux mêmes contextes de risque. Distinguer les différentes configurations de multipartenariat ainsi que leur

durée constitue une nécessité pour resituer les enjeux préventifs, au-delà du comptage du nombre de partenaires au cours des douze derniers mois (Kretzschmar, *et al.* 2010).

Les travaux sur les réseaux sexuels se sont développés aux États-Unis, dans le champ de l'épidémiologie. Or, le contexte géographique et sociopolitique d'élaboration des recherches n'est pas sans influencer leur conceptualisation théorique. Les orientations privilégiées dans ces travaux nécessitent d'être réinscrites dans leur contexte d'émergence en raison des différences notables avec le contexte européen. Revenir sur ces divergences est essentielle car l'importation de cette perspective dans le contexte européen requiert quelques précautions.

### **7.1.1. UNE PERSPECTIVE NORD-AMÉRICAINNE**

---

Mobiliser la perspective des réseaux sexuels implique de faire l'hypothèse que les relations sexuelles entre des personnes ayant des caractéristiques sociales différentes sont une proxy des relations sexuelles entre groupes sociaux différents. Il s'agit dès lors d'identifier les éléments de stratification sociale considérés comme pertinents dans un contexte spécifique. Or, les catégories mobilisées ont souvent plus à voir avec des différences perçues comme socialement pertinentes qu'avec des différences reposant sur des critères épidémiologiques.

Dans le contexte étasunien, les classifications raciales sont privilégiées. Les catégories raciales existent dans le recensement américain depuis 1790, ce qui a légitimé leur usage dans les enquêtes épidémiologiques. Ces recherches ne s'intéressent pas aux migrant·e·s en provenance de zones d'endémie, mais aux *black* (dont certains sont des migrant·e·s). La *color line* aux États-Unis constitue une représentation sociale forte et qui n'est pas sans fondement historique. Si cette ligne de couleur fait l'objet d'une abondante production théorique en sciences sociales, elle est peu interrogée dans les études épidémiologiques. Or, l'utilisation de catégories qui reprennent le stéréotype peut contribuer à renforcer cette *color line*. S'il y a bien une préoccupation pour les interactions sexuelles entre les groupes, cette perspective – *via* les catégories utilisées – peut néanmoins contribuer à créer ou renforcer l'existence de groupes sociaux définis selon certaines caractéristiques.

La très forte ségrégation spatiale, et donc socio-sexuelle, des Noirs-Américains contribue à rendre compte des différences de prévalence du VIH/sida entre les Noirs et les Blancs aux États-Unis (Adimora et Schoenbach 2002; Adimora et Schoenbach 2005; Adimora, *et al.* 2006; Doherty, Shiboski, *et al.* 2006). Néanmoins, le passage des catégories statistiques épidémiologiques « *black* » and « *white* » aux groupes sociaux correspondants est peu interrogé en raison de la légitimité et de l'ancienneté des statistiques raciales dans le contexte étasunien.

Dans les travaux américains, la focalisation sur le niveau structurel des réseaux sexuels a contribué à reléguer au second plan les pratiques préventives individuelles. Cela peut participer à la production de stéréotypes et de généralisations qui ne concernent plus des individus mais des groupes. Les personnes sont contaminées non parce qu'elles ont de « mauvais » comportements mais parce que leur environnement est « mauvais ». Les approches en termes de vulnérabilité ont pu tomber dans cet écueil, notamment s'agissant de la conceptualisation de l'épidémie en Afrique subsaharienne (Delaunay 1999). En déplaçant l'imputation du niveau individuel au niveau structurel, le risque est de contribuer au retour de la notion de groupe à risque et de masquer l'hétérogénéité de ces groupes. Étant donné que ces travaux s'intéressent à la construction de modèles épidémiologiques qui permettent de rendre compte de la diffusion de l'épidémie, les pratiques préventives ne sont qu'une variable à ajouter dans l'équation et non un sujet d'intérêt en soi. Or, les pratiques préventives sont importantes à considérer dès lors que l'on s'intéresse à la probabilité individuelle de contamination/transmission.

Une autre raison permettant de rendre compte du faible intérêt accordé aux pratiques de protection dans ces travaux doit être recherchée dans la structure même des réseaux sexuels aux États-Unis. Étant donné la ségrégation sociale et résidentielle des populations noires et blanches dans le contexte américain, les contacts sexuels entre ces deux populations sont faibles. Répondre à la question de savoir « qui a des relations sexuelles avec qui ? » permet de rendre compte de la diffusion de l'épidémie sans s'intéresser au fait de savoir « qui se protège avec qui ? ». Dès lors, pourquoi s'intéresser aux pratiques préventives en situation de contact mixte (Noir/Blanc) alors que ces contacts sont rares ? La prise en compte de la ségrégation des réseaux sexuels peut suffire à expliquer le différentiel de prévalence du VIH/sida entre ces deux groupes. Malgré l'existence de la catégorie

hispanique dans les classifications américaines, les analyses sont très orientées autour des contacts sexuels – et plus souvent de l’absence de contacts sexuels – entre Noirs et Blancs.

C’est à la fois la perspective structurelle développée dans ces travaux épidémiologiques et la structure des réseaux sexuels dans le contexte américain qui permettent de rendre compte du faible statut accordé aux pratiques de protection par les chercheurs.

### **7.1.2. LES RISQUES DE L’IMPORTATION**

---

Dans le contexte européen, les populations sur lesquelles se concentrent les travaux sur les réseaux sexuels sont des migrant·e·s en provenance de zones d’épidémie généralisée. Alors qu’aux États-Unis, les travaux ont largement critiqué l’usage du terme ethnicité et sa substitution à celui de race (Aspinall 1997; Bhopal et Donaldson 1998; Oppenheimer 2001; Agyemang, Bhopal, *et al.* 2005; Aspinall 2008), certains travaux européens – notamment sur les réseaux sexuels – se sont réappropriés le terme d’ethnicité sans toujours l’interroger. Cet usage apparaît doublement problématique, en ce qu’il occulte à la fois la migration – par le recours à l’expression « *ethnic groups* » – et le racisme par la mobilisation du concept d’« *ethnicity* », comme nous allons le montrer.

La transformation du profil de l’épidémie en Europe a entraîné une préoccupation pour les réseaux sexuels et les pratiques préventives des migrant·e·s dans les pays européens (Fenton, *et al.* 2005; Sadler, *et al.* 2007; van Veen, *et al.* 2009; van Veen, *et al.* 2011). La manière dont ces populations sont catégorisées dans les systèmes de surveillance et dans la littérature scientifique est cruciale pour surveiller et comprendre la dynamique de l’épidémie de VIH/sida en Europe (del Amo, Bröring, *et al.* 2003; Kesby, *et al.* 2003; del Amo, Bröring, *et al.* 2004). Les définitions et les catégorisations des migrant·e·s définissent les frontières entre les groupes qui représentent un risque de diffusion de l’épidémie et les groupes menacés par l’épidémie. Ces processus influencent également les cadres théoriques et les hypothèses mobilisées pour analyser la transmission sexuelle du VIH/sida en Europe.

Dans la littérature scientifique, les termes “*migrants*” et “*ethnic minority*” sont de plus en plus souvent utilisés de manière interchangeable, à la fois dans des enquêtes spécifiques (Xiridou, van Veen, *et al.* 2010) et dans des rapports européens (del Amo, Pérez-Cachafeiro, *et al.* 2009). Cet usage non clarifié du terme « *ethnic groups* » masque le facteur de risque lié à la migration, étant donné qu’il inclut des personnes nées en Europe dont les parents sont nés dans des pays d’épidémie généralisée, comme le démontre un article récent sur ces catégories dans le contexte néerlandais (Proctor, Krumeich, *et al.* 2011). Étant donné que ces personnes n’ont pas migré, leur imputer la prévalence du VIH/sida du pays de naissance de leurs parents est discutable. Par exemple, le fait que les taux de prévalence du VIH/sida observés parmi les Africains au Royaume-Uni soient plus faibles que ceux observés en Afrique subsaharienne est en partie dû à des statistiques inappropriées qui incorporent dans la catégorie « Africains » des personnes nées au Royaume-Uni (Kesby, *et al.* 2003).

Dans ces recherches, le passage d’une catégorie épidémiologique à un groupe social – et inversement – n’est pas toujours interrogé. Si toute catégorisation procède par généralisation et stéréotypie, il s’agit d’être attentif aux effets qu’elles peuvent produire, surtout lorsqu’il s’agit de caractéristiques sociales qui renvoient à des identités stigmatisées et naturalisées. Il existe en effet un risque de renforcer la naturalisation de groupes sociaux, c’est-à-dire la transformation des groupes sociaux en groupes naturels. Si « *les groupes naturels sont des formations imaginaires, juridiquement entérinées et matériellement efficaces* » (Guillaumin 1992), ces groupes sont souvent statistiquement validés. Les catégories construites pour décrire les groupes sociaux reflètent plus des frontières sociales qu’elles ne correspondent à des déterminants épidémiologiques. Il ne s’agit finalement pas tant dans ces travaux d’identifier les contacts sexuels entre les migrant·e·s en provenance de zones d’endémie du VIH/sida et les personnes non migrantes que de mettre au jour les relations sexuelles considérées comme problématiques, c’est-à-dire entre les membres du groupe majoritaire et les membres des groupes minoritaires.

Au contraire des travaux américains qui se caractérisent par un faible intérêt pour les pratiques préventives, les travaux européens y accordent de l’importance. La construction du risque est concentrée sur les pratiques individuelles – les fameux « *high-risk sexual behaviors* », dont le multipartenariat constitue un exemple

archétypal. Cette focalisation sur les comportements sexuels à risque favorise des explications en termes de différences culturelles. L'utilisation de l'ethnicité relègue les processus structurels qui placent les individus dans des situations d'exposition majorée au risque, en particulier les discriminations raciales (Oppenheimer 2001; Aspinall 2008). Or, l'utilisation de l'ethnicité dans ces travaux comporte le risque de masquer les inégalités et le racisme qui produisent les groupes raciaux et de renvoyer les différences à la culture, sans oppression ni privilège, sans groupe minoritaire ni groupe majoritaire.

Ces différences culturelles concernent tout particulièrement les relations de genre. La référence au genre dans ces travaux tend à le réduire aux rapports de pouvoir au sein d'une relation (Gras, van Benthem, *et al.* 2001; Kesby, *et al.* 2003; Prost, Elford, *et al.* 2008). En outre, une approche culturaliste du genre prédomine dans ces recherches, étant donné que l'asymétrie de genre concerne au premier chef les groupes minoritaires – qu'il s'agisse de migrant·e·s ou des groupes ethniques. La conceptualisation de l'articulation de l'ethnicité et du genre sous-tend l'idée de comportements culturellement problématiques.

Ainsi, la mixité et le multipartenariat constituent des concepts épidémiologiques utilisés dans la description des réseaux sexuels. Et comme toute catégorie épidémiologique, elles ont une histoire, ne sont pas exemptes de jugement de valeur et véhiculent des représentations sur la sexualité de certaines populations. L'utilisation conjointe des expressions « *social mixing* » et « *temporal mixing* » (Gorbach, Drumright, *et al.* 2005) montre bien à quel point ces deux notions sont liées pour penser les comportements sexuels problématiques. Malgré les limites de ces catégories, l'articulation de ces deux dimensions – mixité et multipartenariat – s'avère essentielle pour décrire les réseaux sexuels et resituer l'analyse des pratiques préventives.

### 7.1.3. LES MIGRANT·E·S D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE : UNE MINORITÉ RACIALE

---

La catégorisation de migrant·e·s comme un groupe ethnique conduit à occulter le facteur de risque lié à la migration et favorise une construction ethnicisée du risque. Celle-ci tend à masquer les discriminations raciales dont les migrant·e·s font l'expérience. Au contraire de ces approches, nous postulons que la situation d'endémie en Afrique subsaharienne nécessite de se concentrer sur les personnes qui ont effectivement migré en provenance de ces pays et que les discriminations raciales dont ces populations font l'expérience construisent les réseaux sexuels, informent le processus de construction du risque et structurent les pratiques préventives.

Il s'agit de réaffirmer la centralité des parcours migratoires et des discriminations raciales envers des populations issues de pays anciennement colonisés, notamment par la France, pour décrire les réseaux sexuels et les pratiques de protection. Plutôt que d'opposer ces deux processus, il s'agira de montrer que la stratification et la segmentation des réseaux sexuels de ces migrant·e·s se situent à l'intersection des questions migratoire et minoritaire. La conceptualisation des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne comme une minorité raciale peut aider à décrire et à comprendre la dynamique de l'épidémie parmi ces populations en Europe.

S'agissant des pratiques préventives, nous mobilisons une approche constructiviste du risque qui tient compte de l'influence respective de la distance sociale entre partenaires, de l'engagement dans la relation et de l'asymétrie de genre (Bajos 1997b). Les pratiques préventives n'ont pas la même signification ni la même légitimité dans les relations de couple et dans les relations occasionnelles (Santelli, *et al.* 1996; Kalk, *et al.* 2001), et l'asymétrie de genre au sein de la relation est un obstacle à l'utilisation du préservatif (DiClemente, *et al.* 2002). En s'appuyant sur des recherches antérieures qui ont montré que l'utilisation du préservatif était positivement corrélée à la distance sociale entre partenaires (Bajos 1997a; Gras, *et al.* 1999; Pourette 2002), nous appréhenderons cette distance sociale à partir d'un critère migratoire (même pays de naissance) et d'un critère minoritaire (faire partie de cette minorité d'Afrique subsaharienne).

Étant donné que nous analysons des relations sexuelles entre personnes de sexes différents, les logiques contraceptives seront considérées car elles peuvent renforcer



ou entrer en contradiction avec les logiques préventives. Cette question a souvent été éludée dans les travaux sur la construction du risque en raison du poids de l'épidémie parmi les gays et de l'intérêt tardif pour les migrant·e·s. La prise en compte des enjeux contraceptifs et procréatifs est nécessaire pour appréhender finement les logiques de protection et de non-protection.

## 7.2. MÉTHODOLOGIE

---

Les analyses portent sur les réseaux sexuels (Encadré 11) et les pratiques préventives au cours des douze derniers mois. Par conséquent, ceux et celles qui n'ont jamais eu de rapports sexuels ont été exclus (hommes : N=98 ; femmes : N=182), de même que ceux et celles qui n'avaient pas eu de rapports sexuels au cours des douze derniers mois (N=93 ; N=98), ainsi que ceux et celles qui ont déclaré un partenaire du même sexe (N=3 et N=4). Les analyses présentées dans ce chapitre portent sur un échantillon final de 601 femmes et 626 hommes.

### ENCADRÉ 11 – MIXITÉ ET MULTIPARTENARIAT

Pour décrire les réseaux sexuels, nous avons tenu compte de la mixité et du multipartenariat. La variable sur la mixité permet de considérer à la fois un critère migratoire et minoritaire (cf. chapitre 6), l'origine géographique du partenaire constituant un indicateur de la ségrégation des réseaux sexuels.

Concernant le multipartenariat, trois situations peuvent être décrites : 1) les personnes qui ont déclaré un seul partenaire sexuel au cours des douze derniers mois (monogamie) ; 2) les personnes qui ont déclaré plus d'un partenaire sexuel au cours des douze derniers mois et dont les relations se sont succédé (monogamie sérielle). Cette situation est souvent assimilée au multipartenariat quand on ne considère que le nombre de partenaires au cours des douze derniers mois. Il s'agit en fait de monogamie sérielle puisque les personnes ont eu plusieurs relations à la suite sur une période donnée ; 3) les personnes qui ont déclaré au moins deux partenaires sexuels au cours des douze derniers mois et dont les relations ont eu lieu en même temps (multipartenariat). Cette situation est potentiellement celle qui présente le plus de risque. Si le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels en même temps ne constitue pas en soi une situation risquée, la norme de la monogamie peut constituer un frein à la protection.

La perception du risque a été analysée à partir d'une question en quatre modalités sur la crainte du VIH (regroupées en « aucune », « très peu » vs « pas mal » et « beaucoup »). Étant donné que des questions différentes ont été posées sur les pratiques de protection en fonction du statut de la relation, nous avons été contraints de séparer dans les analyses sur les pratiques préventives, les relations stables des relations non stables. Or, parmi les relations stables, les relations non cohabitantes sont proches en termes de caractéristiques des relations non stables. Dans les

relations stables, la variable porte sur la pratique contraceptive et préventive au moment de l'enquête et permet de distinguer les relations dans lesquelles (1) aucune méthode n'a été utilisée, (2) seul le préservatif a été utilisé, (3) un moyen de contraception a été utilisé à l'exception du préservatif et (4) un moyen de contraception et le préservatif ont été utilisés. Dans les relations non stables, les variables permettent de mesurer l'utilisation du préservatif avec le (ou la) dernier(ère) partenaire lors du premier rapport sexuel avec ce/cette partenaire et actuellement. Pour les personnes multipartenaires, nous étudions l'utilisation du préservatif avec les deux premiers partenaires (étant donné qu'il n'y a pas d'information concernant la protection des rapports sexuels avec les autres partenaires). Pour appréhender les pratiques de protection, nous recourons aux questions sur les discussions avec le/la partenaire (parler de contraception, parler de sida/MST, parler d'utiliser des préservatifs), et sur le fait d'avoir fait un dépistage au cours des deux dernières années.

Les régressions logistiques ont permis de déterminer l'influence spécifique de l'origine géographique du partenaire sur l'utilisation du préservatif, en ajustant sur des variables pertinentes telles que les caractéristiques sociodémographiques, les écarts d'âges entre partenaires, le nombre de partenaires et les caractéristiques de la relation (statut de cohabitation et durée de la relation).

### **7.3. DES RÉSEAUX SEXUELS SÉGRÉGUÉS ET MARQUÉS PAR L'IMPORTANCE DU MULTIPARTENARIAT**

---

La migration constitue une rupture dans la trajectoire sexuelle et conjugale des personnes et peut favoriser l'ouverture des réseaux sexuels. Si les personnes de cette enquête ont souvent des partenaires d'un autre pays que le leur, la fréquence de la mixité doit néanmoins être nuancée au vu de la proportion importante de relations qui engagent des partenaires d'un autre pays d'Afrique subsaharienne et de la diminution de la mixité dans les relations stables, comme montré dans le chapitre précédent. Décrire finement les contextes relationnels des personnes – sous l'angle de la mixité et du multipartenariat – constitue un préalable indispensable à l'analyse des pratiques de protection.

#### **7.3.1. DES RELATIONS QUI ENGAGENT MAJORITAIREMENT DES PARTENAIRES AFRICAINS**

---

Les analyses menées dans le sixième chapitre ont révélé l'existence de réseaux sexuels africains, au-delà du pays de naissance. Ainsi, la majorité des personnes (environ 70 %) a déclaré être, au moment de l'enquête, avec un partenaire d'Afrique subsaharienne, que celui-ci soit ou non du même pays. Si le fait d'être avec quelqu'un du même pays ou d'un autre pays d'Afrique subsaharienne ne s'inscrit pas dans les mêmes trajectoires et ne renvoie pas aux mêmes processus, au final, c'est le constat d'une ségrégation intra-africaine qui s'impose. Bien que le contexte soit très différent, cette situation fait écho à celle des Noirs-Américains dont les réseaux sexuels ségrégués contribuent à rendre compte de la prévalence très élevée du VIH parmi ces populations aux États-Unis (Adimora et Schoenbach 2002; Adimora et Schoenbach 2005; Adimora, *et al.* 2006; Doherty, *et al.* 2006).

Dans le contexte européen, les recherches sur les réseaux sexuels des migrant·e·s se sont focalisées sur les relations sexuelles entre les migrant·e·s en provenance de pays d'épidémie généralisée et les populations non migrantes (Gras, *et al.* 1999; Gras, *et al.* 2001; Wiggers, de Wit, *et al.* 2003; van Veen, *et al.* 2009; Xiridou, *et al.*

2010). Plus exactement, ces recherches se sont intéressées aux relations sexuelles entre membres de certains « *ethnic groups* » et membres de la population majoritaire. En outre, la question cruciale étant celle de la diffusion potentielle de l'épidémie de ces groupes vers la population dite générale, les relations entre personnes de différents pays d'Afrique subsaharienne n'ont pas suscité beaucoup d'intérêt. Or, cette mixité intra-africaine conduit probablement à des contacts sexuels entre des migrant·e·s originaires de pays à faible prévalence et à prévalence élevée. Les relations sexuelles entre personnes venant de pays dans lesquels les prévalences du VIH/sida sont très différentes peuvent aboutir d'une part, à placer certains migrant·e·s dans des situations d'exposition au risque majorée par rapport à leur situation avant de migrer et d'autre part, à une diffusion de l'épidémie parmi les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne en France.

La manière dont les frontières minoritaires façonnent les réseaux sociaux et produisent des réseaux sexuels racialement ségrégués dépend du contexte national. En raison de l'histoire coloniale française, les migrant·e·s originaires d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe, où la prévalence du VIH est très élevée, représentent un courant migratoire mineur en France et sont, de ce fait, principalement dans des relations mixtes (résultats non présentés). En dehors du « choix » ou de la « préférence » pour tel ou tel type de partenaire, appartenir à un courant migratoire faible numériquement joue sur la propension à être dans un couple mixte (Safi 2008). La situation est très différente de ce qui est observé au Royaume-Uni où les migrant·e·s africain·e·s sont principalement originaires d'Afrique orientale et australe. De ce fait, la prévalence est largement supérieure parmi les migrant·e·s africain·e·s au Royaume-Uni par rapport à ce qui est observé en France, tandis que la mixité est probablement beaucoup moins forte parmi ces migrant·e·s au Royaume-Uni. En outre, les politiques nationales envers les minorités conduisent à des variations dans les modes d'incorporation des migrant·e·s (Haug 1998). Dans les pays où les communautés de migrant·e·s sont structurées et reconnues par les institutions nationales, les réseaux sociaux, et par conséquent les réseaux sexuels, sont probablement plus intégrés dans ces communautés. Cela peut constituer une explication permettant de rendre compte de la faible mixité intra-africaine observée aux Pays-Bas (Gras, Weide et al. 1999).

Ces réseaux sexuels sont fortement genrés. Comme nous l'avons montré précédemment, ils se caractérisent par une ouverture sexuellement différenciée dans les relations non cohabitantes (mixité intra-africaine pour les femmes vs mixité extra-africaine pour les hommes). Le fait que les femmes aient plus souvent des partenaires africains dans ces relations peut constituer une situation d'exposition au risque majorée par rapport aux hommes. Les différences entre les réseaux sexuels des hommes et des femmes sont vraisemblablement atténuées dans l'enquête en raison des biais d'échantillonnage qui ont conduit à surestimer les femmes les plus insérées socialement. De ce fait, les femmes migrantes d'Afrique subsaharienne vivant en France ont probablement, plus souvent encore que ce qui est observé dans cette enquête, des partenaires africains, qu'ils soient ou non du même pays. En outre, la non-mixité est majoritaire lorsque les projets de vie et d'enfant sont en jeu, comme en atteste la fréquence des relations de couple qui engagent des partenaires d'un même pays, y compris parmi les personnes qui ont migré pendant leur enfance.

Ainsi, les hommes et les femmes de cette enquête n'ont pas les mêmes réseaux sexuels, ce qui peut entraîner des différences d'exposition au risque de contamination, au-delà des pratiques sexuelles et préventives individuelles. Les différences d'exposition au risque sont également à rapporter au nombre et à la temporalité des relations dans lesquelles les personnes sont engagées. La prise en compte du multipartenariat permet de poursuivre la description des réseaux sexuels, en particulier sous l'angle des différences de genre. C'est sans doute dans cette pratique et sa déclaration que les différences entre les expériences féminines et masculines se lisent avec le plus d'acuité.

### **7.3.2. LE MULTIPARTENARIAT, UN RÉVÉLATEUR DE L'ASYMÉTRIE DE GENRE**

---

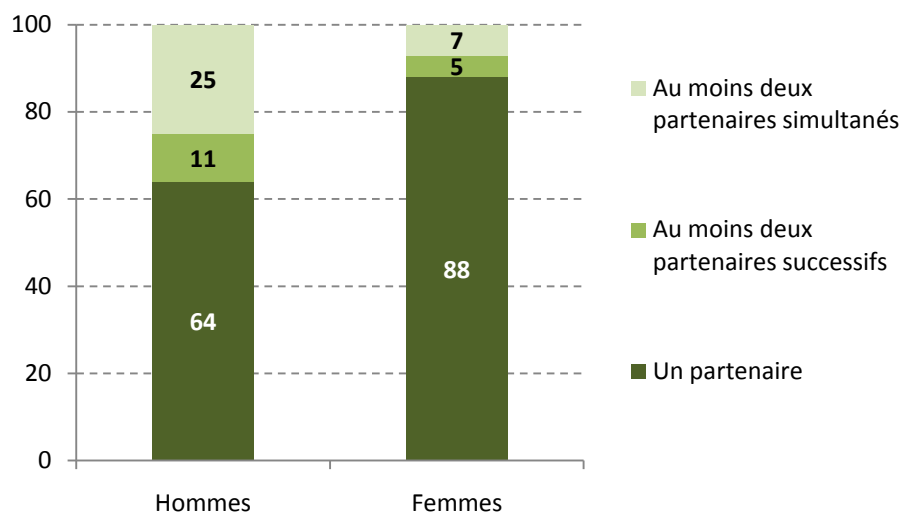
Avant d'en venir au multipartenariat, il n'est pas inutile de rappeler que, pour analyser les réseaux sexuels, nous avons exclu les personnes qui avaient déclaré n'avoir eu aucun rapport sexuel au cours des douze derniers mois, situation qui concerne 12 % des femmes et des hommes sexuellement actifs au cours de la vie. Par

comparaison, cette proportion était de 6 % dans l'enquête *Contexte de la Sexualité en France* (2006) dans les mêmes groupes d'âges (Bajos et Bozon 2008). L'exclusion des personnes sexuellement inactives au cours des douze derniers mois contribue à surestimer le nombre de partenaires sexuels dans ce groupe de la population.

Rappelons que les relations sexuelles des femmes sont inscrites dans la conjugalité et l'exclusivité. Les femmes cohabitent plus souvent avec leur partenaire que les hommes (51 % vs 40 %), et rapportent avoir eu moins de partenaires que les hommes au cours des douze derniers mois (nombre moyen de partenaires : 1,3 vs 1,9). Cette opposition entre les relations des femmes et des hommes – si elle est observée dans de nombreux contextes et notamment en France (Bajos et Bozon 2008) – peut être exacerbée par les rapports de genre dans les pays d'origine (Locoh 2007) et par les conditions de vie et les possibilités de migration (Dahiden, *et al.* 2007; Moujoud 2008). Les femmes de l'enquête sont plus nombreuses que les hommes à déclarer des relations qui ont commencé avant leur arrivée en France et à être arrivées dans le cadre du regroupement familial.

La prise en compte de la temporalité des relations permet d'affiner ces premiers résultats et de montrer à quel point les relations des femmes et des hommes ne s'inscrivent pas dans les mêmes contextes. Une proportion élevée d'hommes déclare avoir eu plusieurs partenaires sexuelles en même temps au cours des douze derniers mois (25 % vs 7 % des femmes) (Figure 7-1). Si les hommes déclarent globalement plus de partenaires que les femmes au cours des douze derniers mois, c'est concernant le multipartenariat que les différences sont importantes : le multipartenariat est deux fois plus fréquent que la monogamie sérielle parmi les hommes alors que pour les femmes, ces deux configurations sont déclarées dans des proportions équivalentes.

**Figure 7-1 – Nombre et temporalité des relations au cours des 12 derniers mois, par sexe**



**Champ** : personnes qui ont déclaré une relation au cours des douze derniers mois avec une personne de l'autre sexe

**Source** : enquête KABP migrants, Inpes, 2005

Ces écarts sont à rapporter à des différences de pratiques mais également de déclaration concernant le nombre de partenaires sexuels, biais qui ne seront pas forcément identiques pour les hommes et les femmes. Une étude a montré qu'une question directe sur le fait d'avoir eu plusieurs partenaires en même temps ne sous-estimait pas la fréquence du multipartenariat par rapport à une estimation par recouvrements des temporalités déclarées des relations et que, par ailleurs, cette méthode minimise les données manquantes (Nelson, Manhart, *et al.* 2007). Les femmes déclarent probablement moins aisément avoir eu plusieurs partenaires, en particulier lorsqu'il s'agit de relations simultanées, en raison notamment des modèles de sexualité imposés aux femmes et aux hommes. Ainsi, une partie de la monogamie sérielle des femmes peut être du multipartenariat. Les différences de déclaration dans le nombre de partenaires renvoient à des différences de pratiques et de définition, et *in fine* à des socialisations différentes à la sexualité.

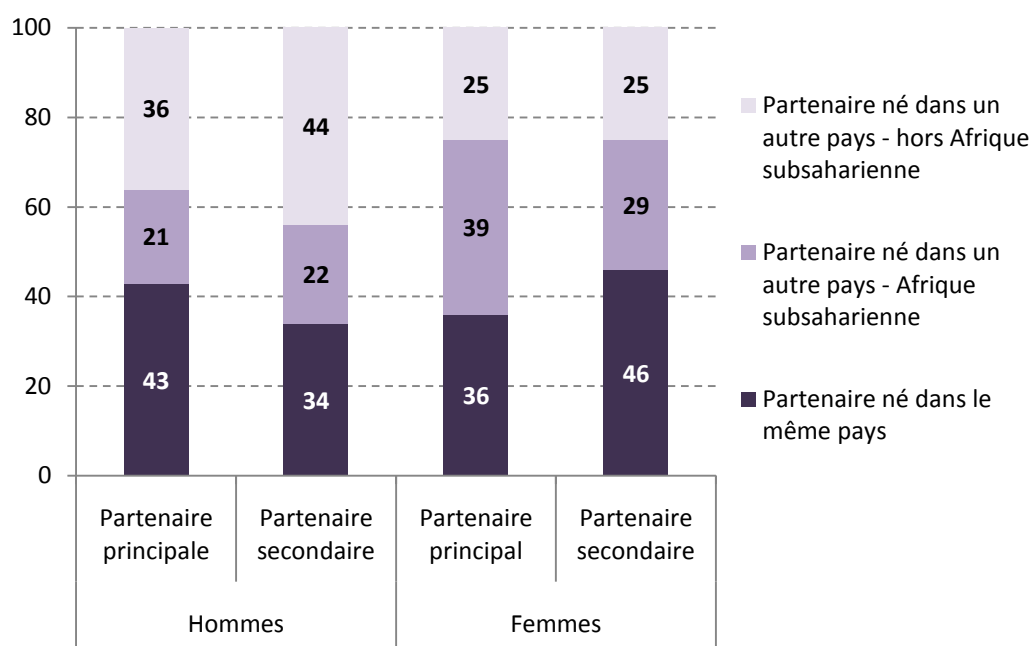
Mais au-delà du biais de désirabilité sociale concernant le nombre de partenaires, biais observé dans toutes les enquêtes, il est effectivement possible que les femmes aient moins de partenaires sexuels que les hommes, étant donné que l'enquête porte sur un sous-groupe de la population en France, en particulier si les hommes recrutent



leurs partenaires secondaires dans d'autres groupes de la population, comme attesté par le fait que les partenaires occasionnelles de ces hommes sont souvent non africaines (44 %) (Figure 7-2). Pour les hommes multipartenaires, le souci de sélectionner leurs partenaires dans des réseaux sociaux éloignés peut constituer un moyen de préserver la confidentialité de ces relations et ce, d'autant plus que le multipartenariat concerne souvent des hommes qui cohabitent avec leur partenaire : 21 % des hommes qui vivent avec leur partenaire déclarent des relations simultanées au cours des douze derniers mois. Pour les femmes, le fait de cohabiter avec son partenaire constitue un frein au multipartenariat puisque seules 2 % de celles qui cohabitent avec leur partenaire déclarent des relations simultanées, tandis que cette proportion monte à 13 % pour les femmes qui ne cohabitent pas avec leur partenaire.

Ainsi, deux phénomènes se combinent pour produire des différences entre les sexes dans la déclaration du multipartenariat : un accès différencié aux partenaires sexuels pour les femmes et pour les hommes – attestée par une mixité sexuellement différenciée – doublé d'un biais de désidérabilité sociale concernant la déclaration du nombre de partenaires.

**Figure 7-2 – L'origine géographique des partenaires des personnes ayant déclaré deux partenaires en même temps au cours des douze derniers mois, par sexe**



**Champ** : personnes qui ont déclaré une relation au cours des douze derniers mois avec une personne de l'autre sexe

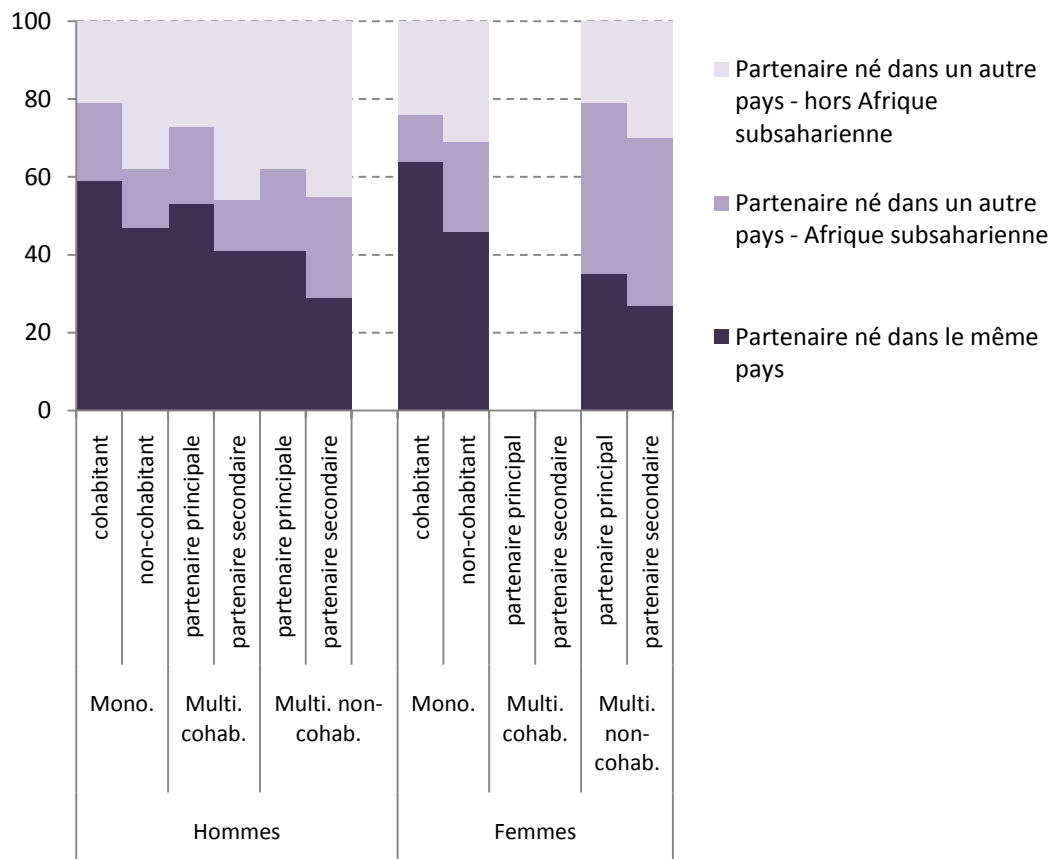
**Source** : enquête KABP migrants, Inpes, 2005

Pour les hommes, le recrutement des partenaires secondaires semble se faire dans des réseaux de sociabilité secondaires, ce qui conforte ce que l'on avait observé dans le chapitre précédent concernant le lien entre l'engagement dans la relation et la propension à être dans une relation mixte. Le fait que les relations moins formalisées engagent plus souvent des partenaires d'un autre pays – et en particulier hors Afrique subsaharienne – n'est pas simplement à mettre au compte des différences de profils entre les personnes engagées dans ces relations puisqu'il s'agit ici des mêmes personnes qui sont engagées dans plusieurs relations. Que l'on considère le degré de mixité selon le type de relation pour une même personne ou pour des personnes différentes, le constat est le même : la mixité est plus faible dans les relations synonymes d'engagement et de stabilité.

La polygamie ne suffit pas à rendre compte de l'importance du multipartenariat chez les hommes puisque cette configuration ne représente qu'une faible part des relations concurrentes (résultats non présentés). En outre, le multipartenariat concerne avant tout des hommes qui ont été socialisés en France, comme l'atteste le

fait qu'il s'agit d'hommes ayant migré jeunes et n'ayant pas une pratique régulière de la religion (résultats non présentés). Ce multipartenariat ne semble donc pas devoir être analysé sous le prisme des différences culturelles comme une pratique « traditionnelle », mais bien comme s'inscrivant dans un contexte migratoire spécifique.

La figure présentée ci-dessous permet de visualiser le lien qui existe entre le statut de la relation et la mixité (Figure 7-3). Les relations les plus formelles sont celles qui se caractérisent par les plus faibles niveaux de mixité. C'est particulièrement le cas pour les personnes qui déclarent vivre avec leur partenaire et n'avoir eu qu'un seul partenaire sexuel au cours des douze derniers mois : 59 % des hommes et 64 % sont alors avec quelqu'un du même pays. À l'opposé, les personnes qui déclarent ne pas cohabiter avec leur partenaire et avoir eu au moins deux partenaires au cours des douze derniers mois sont beaucoup moins souvent avec quelqu'un du même pays dans leur relation principale (40 % pour les hommes et 35 % pour les femmes) comme dans leur relation secondaire (29 % pour les hommes et 27 % pour les femmes).

**Figure 7-3 – Une mixité qui diminue avec l’engagement, par sexe**

**Lecture** : les hommes monogames qui cohabitent avec leur partenaire sont 59 % à être avec une femme du même pays, tandis que les hommes multipartenaires non cohabitants sont 41 % à être avec une partenaire principale du même pays

**Champ** : personnes qui ont déclaré une relation au cours des douze derniers mois avec une personne de l'autre sexe

**Source** : enquête KABP migrants, Inpes, 2005

Ainsi, le multipartenariat masculin se caractérise par sa fréquence, y compris parmi les hommes qui déclarent cohabiter avec leur partenaire principale. Les relations secondaires des hommes multipartenaires sont marquées par une ouverture des réseaux sexuels, comme en témoigne le fait que ces relations engagent plus souvent des partenaires ne venant pas d’Afrique subsaharienne. Le fait que les hommes et les femmes aient des réseaux sexuels différents et à l’intérieur de ceux-ci, des relations différentes – les femmes ont plus souvent des partenaires africains et leur partenaire ont plus de partenaires – peut conduire à rendre compte du poids de l’épidémie parmi les femmes, et rappelle qu’au-delà des pratiques sexuelles et préventives individuelles, il faut aussi considérer celles des partenaires.

## **7.4. LES PRATIQUES PRÉVENTIVES AU MOMENT DE L'ENQUÊTE**

---

La description des réseaux sexuels constitue un préalable à l'analyse des pratiques de protection car les contextes relationnels délimitent la légitimité des enjeux contraceptifs et préventifs, et donc la possibilité de leur utilisation. C'est dans un contexte de relative ségrégation intra-africaine des réseaux sexuels et de fréquence du multipartenariat masculin qu'il convient de resituer les pratiques préventives ; la stratification et la segmentation de ces réseaux sexuels induisent un rapport spécifique à la prévention.

Nous poursuivons ici deux axes d'analyse en comparant, dans un premier temps, les pratiques de protection dans le couple et dans les relations moins formalisées et en étudiant, dans un second temps, l'influence spécifique de l'origine géographique du partenaire sur les pratiques de prévention.

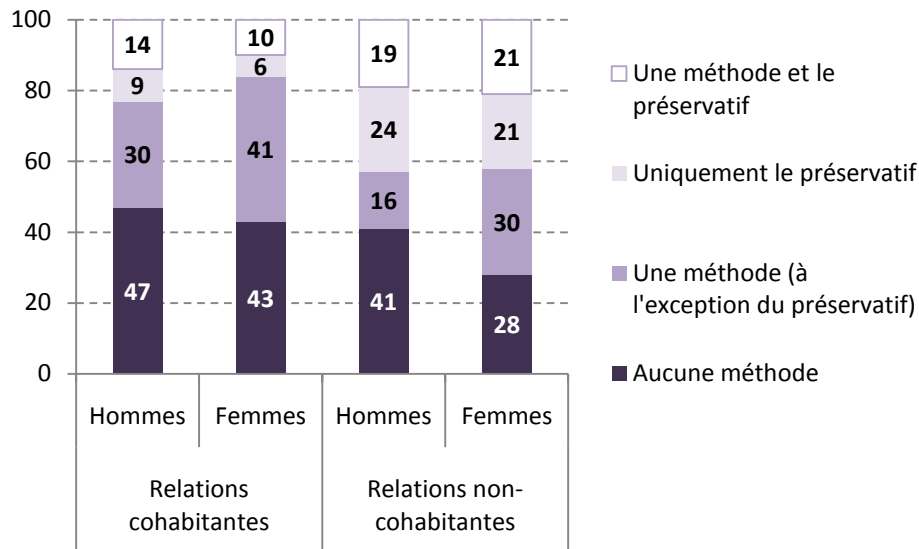
### **7.4.1. DES PRATIQUES DE PROTECTION ANCRÉES DANS LES CONTEXTES RELATIONNELS**

---

La comparaison des relations cohabitantes et non cohabitantes témoigne de la diversité des logiques de protection (Figure 7-4 et Tableau 7-1).

Dans les relations cohabitantes, 47 % des hommes et 43 % des femmes déclarent n'utiliser aucune méthode de contraception. Ces pourcentages sont respectivement de 41 % et 28 % dans les relations non cohabitantes. Les différences observées entre les hommes et les femmes qui ne cohabitent pas avec leur partenaire semblent indiquer que les hommes ne sont pas toujours au courant lorsque leur partenaire utilise une méthode de contraception.

**Figure 7-4 - Utilisation d'une méthode de contraception au moment de l'enquête, par statut de cohabitation et par sexe**



**Champ** : personnes qui ont déclaré une relation au cours des douze derniers mois avec une personne de l'autre sexe

**Source** : enquête KABP migrants, Inpes, 2005

L'engagement et la confiance sont peu compatibles avec l'utilisation du préservatif, comme le montre l'utilisation moins fréquente du préservatif parmi les personnes qui cohabitent avec leur partenaire que parmi celles qui ne cohabitent pas avec leur partenaire (Hommes : 24 % vs 43% ; Femmes : 16 % vs 42 %) (Tableau 7-1), ou qui sont dans des relations de longue durée (résultats non présentés). En revanche, aucune différence n'est observée quant au fait d'avoir effectué un test de dépistage au cours des 24 mois en fonction du nombre de partenaires ou du statut de la relation (Tableau 7-1).

**Tableau 7-1 – Pratiques préventives actuelles, selon le statut de cohabitation, par sexe**

	Hommes				Femmes			
	Total	Relations cohab.	Relations non-cohab.	p-value	Total	Relations cohab.	Relations non-cohab.	p-value
Effectif	494	245	249		537	302	235	
Utilisation du préservatif	33,4	23,7	43,0	***	27,2	15,9	41,7	***
Parler de contraception	77,5	83,7	71,4	***	75,2	74,5	76,2	NS
Parler de sida, de MST	81,4	84,1	78,6	NS	79,3	77,4	81,7	NS
Parler d'utiliser des préservatifs	77,7	73,9	81,5	**	69,2	55,2	87,3	***
Test 24 mois	33,0	35,1	30,9	NS	36,9	39,1	34,0	NS

**Lecture** : l'utilisation du préservatif concerne 15,9 % des femmes qui cohabitent avec leur partenaire vs 41,7 % des femmes qui ne cohabitent pas avec leur partenaire

**Champ** : personnes ayant eu partenaire sexuel de l'autre sexe au cours des douze derniers mois

**Source** : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.

\*\*\* significatif au seuil de 1 % ; \*\* significatif au seuil de 5 % ; \* significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif

Dans les relations de couple, ce sont les discussions sur le fait de parler de contraception (Tableau 7-1) ou d'utiliser une méthode de contraception autre que le préservatif (Figure 7-4) qui sont privilégiées, tandis que le fait de discuter de l'utilisation du préservatif est beaucoup moins fréquent, en particulier pour les femmes (55 % vs 87 %) (Tableau 7-1). Dans ces relations, le fait d'utiliser deux méthodes de contraception – dont le préservatif – constitue une pratique minoritaire, tandis que près de la moitié des personnes (43 % des femmes et 48 % des hommes) déclarent n'utiliser aucune méthode de contraception.

Bien que l'on ne possède aucune information sur le désir d'enfant ou sur les raisons de la non-utilisation d'un moyen de contraception, on peut néanmoins avancer l'hypothèse que ce sont dans les relations cohabitantes que les projets d'enfant s'inscrivent préférentiellement, ce qui entraîne une plus faible utilisation des moyens de protection, quels qu'ils soient.

Néanmoins, les enjeux reproductifs ne suffisent pas à rendre compte de l'utilisation différentielle du préservatif. Les relations non cohabitantes sont probablement perçues comme plus à risque par rapport au VIH/sida, étant donné que lorsqu'une méthode est utilisée, il s'agit majoritairement du préservatif : 73 % et 58 % pour les hommes et les femmes dans les relations non cohabitantes vs 44 % et

28 % dans les relations cohabitantes (Figure 7-4). Ainsi, entre les relations cohabitantes et les relations moins formalisées, les différences, si elles se font sur le fait d'utiliser une méthode, se jouent également sur le type de méthode utilisée, avec des visées plus souvent contraceptives que préventives dans les relations cohabitantes.

Si spécificité il y a, elle est à trouver dans la fréquence élevée de l'utilisation du préservatif dans les relations de couple si l'on considère que la norme préventive enjoint de se protéger surtout en début de relation ou dans les relations occasionnelles. Cela peut être lié à la crainte du VIH/sida dans cette population, trois fois plus importante qu'en population générale (Beltzer, Lagarde, *et al.* 2005b). En effet, les enquêtés déclarent une crainte élevée du VIH/sida (80 %), qu'ils vivent ou non avec leur partenaire et qu'ils aient eu ou non d'autres partenaires au cours des douze derniers mois (résultats non présentés).

Néanmoins, des stratégies préventives « rationnelles », comme le fait d'arrêter le préservatif au profit de la contraception, dans des groupes de la population dans lesquels la prévalence est faible le seront moins dans des groupes dans lesquels la prévalence est beaucoup plus élevée. Or, en raison de la stratification et de la segmentation des réseaux sexuels, les personnes de l'enquête ont majoritairement des partenaires d'Afrique subsaharienne.

Dans les relations cohabitantes, l'utilisation du préservatif est peu légitime, y compris lorsque les personnes ont d'autres partenaires. L'engagement dans une relation constitue un frein à la prévention, que les personnes aient ou non déclaré d'autres partenaires au cours des douze derniers mois. Pour les hommes qui cohabitent avec leur partenaire principale, l'utilisation du préservatif avec celle-ci est ainsi sensiblement identique quelle que soit la configuration de monogamie ou de multipartenariat dans laquelle ils se trouvent ; dans les deux cas, elle se situe au-dessous de 30 % (Tableau 7-2). La faiblesse des effectifs correspondant à ces situations pour les femmes ne permet pas de faire de commentaires. En effet, seules six femmes qui cohabitent avec leur partenaire déclarent avoir eu une autre relation sexuelle au cours des douze derniers mois, tandis qu'aucune n'a déclaré avoir eu plusieurs partenaires en même temps.



**Tableau 7-2 – Pratiques préventives actuelles avec le partenaire principal, selon le statut de cohabitation et le nombre de partenaires sexuels (12 mois) et par sexe**

	Relations cohabitantes				Relations non cohabitantes			
	Un part.	Deux part. conséq.	Deux part. simult.	p-value	Un part.	Deux part. conséq.	Deux part. simult.	p-value
<b>Hommes</b>								
Effectif	185	10	50		141	33	75	
Utilisation du préservatif	26,5	-	14,0	NS	42,6	42,4	44,0	NS
Parler de contraception	86,5	-	74,0	NS	72,9	60,6	73,3	NS
Parler de sida, de MST	86,9	-	84,0	NS	80,0	78,8	76,0	NS
Parler d'utiliser des préservatifs	73,5	-	74,0	NS	79,3	87,9	82,7	NS
Test 24 mois	34,6		30,0	*	29,8	39,4	29,3	NS
<b>Femmes</b>								
Effectif	296	6	0		187	22	26	
Utilisation du préservatif	14,9	-	-		39,0	45,5	57,7	NS
Parler de contraception	74,3	-	-		78,1	77,3	61,5	NS
Parler de sida, de MST	77,0	-	-		82,9	81,8	73,1	NS
Parler d'utiliser des préservatifs	54,2	-	-		86,6	90,9	88,5	NS
Test 24 mois	38,5	-	-		32,6	31,8	46,2	NS
<b>Lecture</b> : l'utilisation du préservatif concerne 26,5 % des hommes monogames qui cohabitent avec leur partenaire et 14 % des hommes qui ont eu deux partenaires en même temps et qui cohabitent avec leur partenaire principale								
<b>Champ</b> : personnes ayant eu partenaire sexuel de l'autre sexe au cours des douze derniers mois								
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.								
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif								

Les multipartenariats féminin et masculin n'ont pas la même ampleur et ne sont pas de même nature. Même si l'on possède peu d'information sur ces relations, elles n'ont visiblement pas le même statut puisque la cohabitation constitue un obstacle au multipartenariat pour les femmes et non pour les hommes, et les durées de ces relations varient entre les deux sexes. Parmi les personnes qui ont déclaré deux relations en même temps au cours des douze derniers mois, la durée moyenne de la relation principale est d'un an et demi pour les hommes tandis qu'elle est de six mois pour les femmes. Le multipartenariat masculin est de longue durée et cohabitante, ce qui constitue un frein à la prévention : dans ces relations, se mettent en place les mêmes mécanismes que dans les relations monogames qui conduisent à l'abandon du

préservatif (Cobat, Halfen, *et al.* 2008; Kretzschmar, *et al.* 2010). Au contraire, les femmes sont dans des relations multipartenaires de courte durée et non cohabitantes dans lesquelles l'utilisation du préservatif est probablement plus évidente et facile à négocier.

La comparaison de l'utilisation du préservatif dans les relations principales et secondaires des personnes ayant déclaré deux partenaires sexuels au cours des douze derniers mois confirme ces premières analyses (Tableau 7-3). Nous avons fait le choix de regrouper les situations de monogamie sérielle et de multipartenariat dans ces analyses en raison de la faiblesse des effectifs dans ces groupes, en particulier pour les femmes, mais également parce que les différences n'étaient pas statistiquement significatives (résultats non présentés). Les femmes se protègent autant dans les relations principales et secondaires, attestant qu'il s'agit de relations au statut proche (62 % et 54 %). Au contraire, les hommes se protègent beaucoup plus sur la durée dans leur relation secondaire que dans leur relation principale (83 % vs 33%), ce qui peut être un indicateur que ces relations n'ont pas le même statut. En outre, les relations secondaires des hommes engagent souvent des partenaires non africaines (Tableau 7-3). Néanmoins, les hommes comme les femmes déclarent se protéger beaucoup dans leur relation secondaire. On ne peut sous-estimer le fait qu'il s'agisse d'un biais de désirabilité sociale, les personnes ayant plusieurs partenaires se sentant enjointes à plus se protéger, dénotant par là une intégration de la norme préventive.

**Tableau 7-3 – Utilisation du préservatif avec les deux partenaires parmi les personnes ayant déclaré deux partenaires au cours des douze derniers mois, par statut de cohabitation avec le partenaire principal et par sexe**

	Hommes			<i>p-value</i>	Femmes		
	Total	cohabitant	Non cohabitant		Total	cohabitant	Non cohabitant
Effectifs	168	60	108		54	6	48
Actuellement avec le partenaire principal	33,3	15,0	43,5	***	53,7	-	52,1
Au premier rapport sexuel avec le partenaire secondaire	89,4	87,0	90,9	NS	79,2	-	81,0
Actuellement avec le partenaire secondaire	83,1	85,0	82,1	NS	61,7	-	63,3
<p><b>Lecture :</b> les femmes qui ne cohabitent pas avec leur partenaire principal déclarent une utilisation du préservatif de 52,1 % avec leur partenaire principal et de 63,3 % avec leur partenaire secondaire</p> <p><b>Champ :</b> personnes ayant eu partenaire sexuel de l'autre sexe au cours des douze derniers mois</p> <p><b>Source :</b> enquête KABP migrants, Inpes, 2005.</p> <p>*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif</p>							

Finalement, deux contextes peuvent être identifiés. Les femmes peuvent se retrouver dans des situations à risque de contamination dans les relations monogames car elles utilisent peu le préservatif, alors qu'une partie d'entre elles est en relation avec des hommes qui ont d'autres partenaires qu'elles. Pour les hommes, c'est vraisemblablement dans le multipartenariat que les pratiques de protection n'apparaissent pas suffisantes. Bien que les personnes se protègent beaucoup – c'est particulièrement le cas des personnes multipartenaires avec leur partenaire secondaire –, les niveaux d'utilisation du préservatif peuvent être insuffisants eu égard à la dynamique de l'épidémie dans ces populations et à la ségrégation des réseaux sexuels dans les relations de couple. L'obstacle à la prévention de la transmission semble ainsi procéder en partie de l'agencement des relations affectives et sexuelles (Calvez 1995).

#### **7.4.2. L'ORIGINE GÉOGRAPHIQUE DU PARTENAIRE : UN MARQUEUR DE DISTANCE SOCIALE QUI RENVOIE À UN GROUPE À RISQUE ?**

---

Le fait que les réseaux sexuels de ces populations soient ségrégués et constitués majoritairement de migrant·e·s d'Afrique subsaharienne ne signifie pas que ces personnes se perçoivent comme une communauté unifiée. En effet, à la question « *vous personnellement, que faites-vous pour vous protéger du VIH/sida ?* », seules 13 personnes (soit 0,7 % de l'échantillon) déclarent sélectionner leurs partenaires sexuels à l'intérieur de leur communauté. C'est bien le jeu de la ségrégation spatiale et résidentielle, des discriminations vécues et des perceptions réciproques qui participent à la construction d'un rapport au risque et de pratiques préventives qui mettent ces populations dans des situations d'exposition majorée au risque.

Le risque de contamination peut être renforcé par des variations dans les pratiques de prévention selon l'origine du partenaire. Comme observé dans d'autres études (Gras, Weide et al 1999 ; Gras, van Benthem et al 2001 ; Wiggers, de Wit et al 2003), nos analyses montrent que l'origine géographique du partenaire est associée à des pratiques de prévention spécifiques. Cependant, différents processus sont à l'œuvre en fonction des frontières considérées, à savoir les frontières migratoires ou minoritaires. Chez les hommes, l'utilisation moins fréquente du préservatif avec les partenaires sexuels du même pays semble en partie liée aux caractéristiques de ces relations. Les hommes qui ont une partenaire du même pays connaissent à la fois des écarts d'âges plus importants avec leur partenaire et sont dans des relations de plus longue durée que ceux dont la partenaire est d'un autre pays. Or, ce sont ces caractéristiques qui affectent principalement l'utilisation du préservatif (Tableau 7-5). La forte influence des caractéristiques relationnelles contribue probablement à rendre compte de l'absence d'association entre l'origine du partenaire et l'utilisation du préservatif dans les analyses multivariées.

**Tableau 7-4 – Caractéristiques associées à l'utilisation du préservatif, relations cohabitantes, par sexe**

	Hommes				Femmes			
	N	%	OR [IC95%]		N	%	OR [IC95%]	
<b>Total</b>	241	22,8			291	16,5		
<b>Origine du partenaire</b>								
Même pays	140	23,6	1		182	12,6	1	
Autre pays d'Afrique subsaharienne	47	27,7	1,24 [0,58;2,69]	NS	35	17,1	1,48 [0,54;4,02]	NS
Pays hors Afrique subsaharienne	54	16,7	0,63 [0,27;1,47]	NS	74	25,7	2,11 [1,04;4,27]	**
<b>Écart d'âge avec la partenaire</b>								
L'homme a 0-4 ans de plus que la femme	120	21,7	1		103	22,3	1	
L'homme a minimum 5 ans de plus que la femme	121	24	1,02 [0,51;2,05]	NS	188	13,3	1,61 [0,83;3,11]	NS
<b>Nombre de partenaires, 12 mois</b>								
1	182	25,8	1		285	15,4		
2 et plus	59	13,6	0,42 [0,18;0,97]	**	6	66,7	-	
<b>Durée de la relation</b>								
0-5 ans	104	28,9	1		94	22,3	1	
6 ans et plus	137	18,3	0,49 [0,26;0,94]	**	197	13,7	0,70 [0,32;1,51]	NS
<b>Lecture</b> : les femmes dont le partenaire n'est pas originaire d'Afrique subsaharienne ont une probabilité 2,11 fois supérieure d'avoir utilisé un préservatif avec leur partenaire								
<b>Champ</b> : personnes ayant eu partenaire sexuel de l'autre sexe au cours des douze derniers mois								
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.								
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif Ajusté sur l'âge et le niveau d'études								

**Tableau 7-5 – Caractéristiques associées à l'utilisation du préservatif, relations non cohabitantes, par sexe**

	Hommes			Femmes				
	N	%	OR [IC95%]	N	%	OR [IC95%]		
<b>Total</b>	247	42,9		228	42,1			
<b>Origine du partenaire</b>								
Même pays	118	35,6	1	100	35	1		
Autre pays d'Afrique subsaharienne	42	57,1	1,84 [0,82;4,13]	NS	59	42,4	1,16 [0,58;2,33]	NS
Pays hors Afrique subsaharienne	87	46	0,68 [0,35;1,33]	NS	69	52,2	2,04 [1,04;4,02]	**
<b>Écart d'âge avec la partenaire</b>								
L'homme a 0-4 ans de plus que la femme	163	52,8	1	112	43,8	1		
L'homme a minimum 5 ans de plus que la femme	84	23,8	0,45 [0,19;0,72]	**	116	40,5	0,88 [0,51;1,54]	NS
<b>Nombre de partenaires, 12 mois</b>								
1	139	42,5	1	182	39	1		
2 et plus	108	43,5	0,79 [0,45;1,41]		46	54,4	1,82 [0,91;3,60]	*
<b>Durée de la relation</b>								
0-2 ans	149	54,4	1	133	48,1	1		
3 ans et plus	98	25,5	0,41 [0,22;0,76]	***	95	33,7	0,75 [0,40;1,34]	NS
<b>Lecture</b> : les hommes qui ont cinq ans de plus que leur partenaire ont une probabilité 0,45 fois supérieure d'avoir utilisé un préservatif avec leur partenaire								
<b>Champ</b> : personnes ayant eu partenaire sexuel de l'autre sexe au cours des douze derniers mois								
<b>Source</b> : enquête KABP migrants, Inpes, 2005.								
*** significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; NS : non significatif Ajusté sur l'âge et le niveau d'études								

D'autres interprétations doivent être trouvées quand on en vient à l'utilisation du préservatif par les femmes en fonction de l'origine géographique du partenaire. Deux situations peuvent être opposées : les femmes qui cohabitent avec un partenaire d'Afrique subsaharienne pour lesquelles l'utilisation du préservatif est très faible (13 %), et les femmes qui ne cohabitent pas avec leur partenaire et dont le partenaire n'est pas d'Afrique subsaharienne, pour lesquelles l'utilisation du préservatif est beaucoup plus élevée (51 %). Contrairement aux études qui font l'hypothèse d'une prise de conscience faible du risque avec des partenaires d'Afrique subsaharienne (Gras, Weide et al 1999 ; Gras, van Benthem et al 2001 ; Wiggers, de Wit et al 2003), ces femmes font état d'une crainte considérable du VIH/sida. En effet, les femmes dont le partenaire est originaire d'Afrique subsaharienne – que celui-ci soit ou non originaire du même pays – déclarent plus souvent craindre le VIH que celles dont le partenaire n'est pas originaire d'Afrique subsaharienne (83 % vs. 72 % ;  $p < 0.01$ ), confirmant que les communautés africaines ne sont pas toujours considérées comme protectrices pour leurs membres (Calvez, Semaille et al 2006 ; Pourette 2008). En outre, l'hypothèse d'une plus grande asymétrie dans les relations engageant des partenaires d'Afrique subsaharienne ne semble pas suffisante, comme attesté par les analyses menées dans le chapitre précédent.

Cela nous amène à proposer une hypothèse alternative. La catégorisation de migrant·e·s d'Afrique subsaharienne comme un « groupe à risque » – dans les discours médiatiques comme scientifiques – peut contribuer à la création de perceptions mutuelles entre ces migrant·e·s et leurs partenaires, en particulier lorsque ceux-ci ne sont pas des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne. Cette catégorisation a des effets sociaux en termes de prévention. Les partenaires masculins perçoivent sans doute ces femmes comme étant plus à risque d'être infectées par le VIH et, de fait, proposent ou insistent pour qu'un préservatif soit utilisé. Les frontières minoritaires semblent produire une attitude spécifique envers les pratiques de prévention, comme en témoigne l'utilisation plus élevée du préservatif parmi les femmes avec un partenaire qui n'est pas né en Afrique subsaharienne.

Que les femmes aient ou non un partenaire né en Afrique subsaharienne, qu'un préservatif soit utilisé ou non, les rapports de genre les placent dans une situation défavorable concernant la négociation des pratiques préventives. Les rapports de pouvoir et le rapport au risque concourent à ce que les femmes qui ne sont pas avec

des hommes d'Afrique subsaharienne utilisent plus souvent le préservatif. Dans cette situation, l'origine géographique du partenaire – en plus de constituer un indicateur de distance sociale – peut être appréhendée sous l'angle de l'asymétrie entre partenaires. Les rapports de pouvoir entre personnes du groupe majoritaire et des groupes minoritaires sont ainsi redoublés par l'asymétrie de sexe quand la femme est d'Afrique subsaharienne. La conjonction de ces deux éléments place les femmes dans des situations défavorables à la négociation des enjeux préventifs, même si un préservatif est utilisé. Ce n'est pas tant l'utilisation du préservatif qui constitue un marqueur d'autonomie que la manière dont elle s'articule avec les autres éléments de la relation.



## CONCLUSION DU CHAPITRE

---

La migration entraîne des bouleversements dans les réseaux sociaux et donc sexuels des personnes. Or, les relations sexuelles entre migrant·e·s venant de pays différents dans lesquels les prévalences du VIH/sida sont très différentes peuvent aboutir à placer certains migrant·e·s dans des situations d'exposition majorée au risque, par rapport à leur situation avant de migrer, s'ils rencontrent des partenaires issus de zones de plus forte prévalence. Cela peut conduire à une diffusion de l'épidémie parmi les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne en France. En outre, les femmes ont vraisemblablement des partenaires sexuels qui ont plus de partenaires qu'elles et ont plus souvent des partenaires d'Afrique subsaharienne que les hommes. Sans oublier qu'en raison des biais d'échantillonnage, les femmes migrantes d'Afrique subsaharienne vivant en France ont probablement, plus souvent que ce qui est observé dans cette enquête, des partenaires d'Afrique subsaharienne. Cette situation peut conduire à rendre compte du poids de l'épidémie parmi les femmes migrantes d'Afrique subsaharienne, et rappelle qu'au-delà des pratiques sexuelles et préventives, il s'agit également de considérer celles des partenaires. Quant aux hommes, ils sont engagés dans des relations simultanées de longue durée, ce qui peut constituer un contexte propice à la transmission.

Deux configurations peuvent être distinguées. Dans les relations dans lesquelles les personnes ont souvent des partenaires du même pays, la norme de la monogamie et l'asymétrie de genre aboutissent à une faible utilisation du préservatif, y compris parmi les personnes multipartenaires. Dans ces relations, la norme préventive peut entrer en contradiction avec la dynamique de l'épidémie, étant donné que ces relations sont celles où les personnes se protègent le moins alors que l'homogamie géographique est très élevée et que de nombreux hommes sont multipartenaires. Ces relations témoignent d'un degré d'engagement important entre les personnes, d'une distance sociale faible et d'une asymétrie de sexe forte. D'autres relations se caractérisent par un degré d'engagement faible, doublé d'une distance sociale importante et d'une asymétrie de sexe plus faible. Dans ces relations, les différences de mixité selon le sexe et les rapports de pouvoir sont des éléments-clés pour appréhender les pratiques préventives.

La première configuration entraîne un cumul de processus défavorables aux pratiques de protection, aussi bien s'agissant des rapports de pouvoir que du rapport au risque, c'est-à-dire à la fois pour des raisons de légitimité et de possibilité, tandis que la deuxième configuration réunit des processus globalement plus favorables aux pratiques de protection. Ces deux configurations représentent deux extrêmes qui ne traduisent pas la variabilité des possibilités. Néanmoins, les trois éléments qui définissent ces deux configurations (asymétrie de genre, distance sociale et engagement) ne se combinent pas au hasard et produisent des situations plus ou moins favorables aux pratiques de protection.

La ségrégation des réseaux sexuels est socialement déterminée et renvoie aux conditions de migration et de vie en France ainsi qu'à l'expérience des discriminations et du racisme. La structuration de ces réseaux et des pratiques de prévention a confirmé la nécessité de considérer les migrant·e·s originaires d'Afrique subsaharienne comme une minorité raciale. Les discriminations raciales peuvent faciliter la constitution d'une minorité, au-delà du pays de naissance, comme en atteste le fait que la majorité des personnes enquêtées ont des partenaires nés en Afrique subsaharienne. En outre, les frontières minoritaires et les effets sociaux des discours préventifs semblent produire une attitude spécifique envers la prévention, étant donné que l'utilisation du préservatif est plus élevée parmi les femmes dont le partenaire n'est pas originaire d'Afrique subsaharienne. Ces résultats mettent en évidence l'importance de décrire les mixités sexuelles des migrant·e·s et d'analyser la manière dont elles se structurent dans des contextes nationaux spécifiques. Avec la transformation des flux migratoires, comprendre comment les frontières de ce groupe se déplacent, et selon quels processus, est essentiel pour une meilleure compréhension des dynamiques de l'épidémie dans les pays d'immigration.



## CONCLUSION GÉNÉRALE

---

Ce travail se veut une contribution à l'analyse des pratiques sexuelles et préventives des populations migrantes. Étudier la sexualité permet de rendre compte des rapports sociaux de pouvoir qui traversent la société et contribue à éclairer la compréhension de la dynamique de l'épidémie de VIH/sida. C'est ce que nous nous sommes attachés à montrer dans cette thèse. Avant de reprendre les principaux résultats de cette thèse ainsi que les enjeux qu'elle soulève, nous souhaitons revenir sur l'enquête à partir de laquelle nous avons conduits nos analyses.

Mobiliser une enquête critiquée conduit à s'interroger tout particulièrement sur la qualité de l'échantillon et des données. Ces interrogations auraient probablement été moindres si cette thèse avait porté sur une enquête plus robuste d'un point de vue scientifique dont la légitimité permet en partie de faire l'économie de ces questions. En outre, même si je n'ai pas participé à la mise en œuvre de cette enquête, mon appropriation de l'enquête repose sur la manière dont j'ai intégré les critiques la concernant. Cela m'a conduit à avoir une position défensive lorsque j'en parlais, position qui a évolué au cours de la thèse à mesure que je me rassurais sur la qualité de cette enquête et sur la légitimité de mon travail, tandis que les critiques la concernant s'atténaient progressivement. Les analyses que j'ai menées ainsi que les recommandations appelant à poursuivre les analyses sur KABP migrants ont peut-être contribué à modifier le statut de cette enquête.

Comme toute recherche, ce travail comporte un certain nombre de limites dont certaines sont inhérentes au matériau sur lequel je me suis appuyée, tandis que

d'autres renvoient aux choix théoriques privilégiés. Les grands absents de cette thèse sont les rapports de classe en raison des informations disponibles dans le questionnaire. Aucun indicateur ne permettait d'appréhender l'origine sociale des personnes tandis que peu d'indicateurs étaient disponibles pour rendre compte de la position sociale. Par ailleurs, si les indicateurs mobilisés pour comparer les trajectoires féminines et masculines nous paraissent relativement robustes, on peut être plus réservé sur ceux permettant de rendre compte de l'asymétrie de genre au sein d'une relation sexuelle ou conjugale. Des questions plus précises sur les relations et sur les partenaires auraient permis de conduire des analyses plus fines. Enfin, notre souhait de ne pas produire des analyses culturalistes sur la sexualité et les rapports de genre parmi des populations migrantes nous a probablement conduits à sous-estimer la diversité de la population enquêtée en termes de pays de naissance.

Malgré ces limites, les résultats de ces analyses contribuent à éclairer les logiques sociales qui participent à la construction des trajectoires sexuelles et préventives des populations migrantes. Plus que d'articulation des rapports sociaux, notre travail a tenté plus modestement d'analyser le rôle de la migration et du racisme dans la construction des trajectoires sexuelles et préventives des migrant·e·s tout en tenant compte de la manière dont les rapports sociaux de sexe structurent les expériences des femmes et des hommes ainsi que leurs relations.

### **DU SIDA À LA SEXUALITÉ... ET DE LA SEXUALITÉ AU SIDA**

L'analyse a permis de mettre en exergue le rôle structurant des trajectoires migratoires sur les biographies sexuelle et préventive, notamment les effets différenciés du contexte de socialisation sexuelle et du contexte social d'entrée dans la sexualité sur les conditions du premier rapport sexuel. Le contexte de socialisation sexuelle s'est avéré déterminant s'agissant des calendriers d'entrée dans la sexualité et de l'asymétrie de genre. En atteste le fait que l'asymétrie de genre au sein de la relation avec le premier partenaire sexuel est sensiblement moins forte pour les personnes ayant migré pendant leur enfance par rapport aux personnes qui ont migré au cours de leur adolescence. Les personnes qui ont principalement été socialisées dans le contexte français connaissent des trajectoires sexuelles proches de ce qui est observé en France (conditions du premier rapport sexuel, relations moins inégalitaires entre les partenaires...), ce qui peut constituer un indicateur de la recomposition des rapports de genre en contexte migration. Cela nous conduit à

parler d'une convergence et d'une intégration d'une asymétrie de sexe socialement acceptable. En outre, le contexte social dans lequel s'est déroulé le premier rapport sexuel contribue à modifier l'influence des socialisations scolaire et religieuse, de manière distincte pour les femmes et pour les hommes. La socialisation scolaire s'affirme comme centrale pour les femmes comme en témoigne le fait que celles qui ont fait des études connaissent une entrée dans la sexualité plus tardive, que le premier rapport sexuel ait eu lieu avant ou après la migration. En revanche, la socialisation scolaire tend à anticiper l'entrée dans la sexualité des hommes mais uniquement pour ceux qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant la migration. Quant à la socialisation religieuse, son rôle semble se renforcer en contexte migratoire, en particulier pour les femmes, ce qui semble témoigner que la religion devient un élément différenciateur dans un contexte laïc.

Les conditions de la migration aboutissent également à construire les trajectoires sexuelles et conjugales ultérieures. Si les personnes sont souvent dans des relations qui engagent des partenaires d'un autre pays, des différences dans les niveaux de mixité se lisent selon les trajectoires migratoires. Les personnes qui ont migré à l'âge adulte sont majoritairement avec un partenaire du même pays tandis que celles qui ont migré pendant leur enfance sont préférentiellement avec un partenaire d'un autre pays, même si c'est moins souvent le cas pour les femmes. En outre, la mixité diminue avec l'engagement dans la relation comme en témoigne le fait que les relations de couple engagent majoritairement des personnes du même pays.

Enfin, le constat de cette importante mixité mérite d'être nuancée au vu de la part importante des relations qui engagent des partenaires d'un autre pays d'Afrique subsaharienne. Les différences de genre se lisent à la fois dans les niveaux de ségrégation des réseaux sexuels et de multipartenariat, les femmes ayant plus souvent des partenaires d'Afrique subsaharienne et des partenaires qui ont plus de partenaires qu'elles. L'analyse des réseaux sexuels dessine en creux les frontières d'un groupe social qui se construit en contexte migratoire, celui d'une minorité africaine et noire. La catégorie migrants d'Afrique subsaharienne renvoie en partie à un groupe social construit dans et par le contexte migratoire. Les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne peuvent se reconnaître comme appartenant à un groupe minoritaire donnant lieu à un sentiment d'appartenance fondé sur l'expérience commune de la migration et des discriminations. Or, les relations sexuelles entre personnes venant de pays d'Afrique

subsaharienne différents dans lesquels les prévalences du VIH/sida sont très différentes peuvent aboutir à placer certains migrant·e·s dans des situations d'exposition majorée au risque par rapport à leur situation avant de migrer s'ils rencontrent des partenaires issus de zones de plus forte prévalence.

Décrire l'articulation des trajectoires migratoires et des frontières minoritaires avec les biographies sexuelle et préventive permet de rendre compte des contextes sociaux et relationnels dans lesquels les pratiques de protection prennent place. S'agissant du premier rapport sexuel, c'est le contexte social dans lequel s'est déroulé cet événement qui s'affirme comme central comme en atteste la convergence observée dans les niveaux d'utilisation du préservatif entre les personnes qui ont migré pendant leur enfance et leur adolescence. Cela semble témoigner que l'adoption de pratiques de protection ne nécessite pas forcément que la socialisation préventive ait duré pendant de longues années, contrairement à la socialisation de genre qui se construit et se renforce tout au long de la vie. Les analyses témoignent globalement de la faible spécificité des pratiques de protection par rapport à ce qui est observé dans d'autres contextes – pratiques qui se comprennent à l'articulation de l'engagement dans la relation, de la distance sociale entre partenaires et de l'asymétrie de sexe – et témoignent du rôle de l'organisation sociale des réseaux sexuels pour rendre compte de la diffusion de l'épidémie parmi ces populations.

En retour, l'analyse des pratiques de protection contribue à éclairer les questions de sexualité et de racisme. La prise en compte du contexte sociohistorique dans lequel s'est déroulé le premier rapport sexuel conduit à éclairer les différences entre les profils d'entrée dans la sexualité en mettant en avant le rôle structurant de la période d'entrée dans la sexualité. En outre, l'intérêt pour les contextes relationnels dans lesquelles les pratiques de protection prennent place conduit à questionner l'existence de frontières minoritaires et leur rôle dans la négociation des pratiques de protection. En effet, les frontières minoritaires et les effets sociaux du discours préventifs semblent produire une attitude spécifique envers la prévention étant donné que l'utilisation du préservatif est plus élevée parmi les femmes dont le partenaire n'est pas originaire d'Afrique subsaharienne.

### ENJEUX MÉTHODOLOGIQUES ET THÉORIQUES

Les analyses concernant la recomposition des rapports de genre en contexte migratoire invitent à se poser la question du sens que l'on donne aux différences observées entre des groupes sociaux s'agissant de l'asymétrie de genre. Il s'agit d'être attentif au fait ne pas analyser les mêmes processus avec des interprétations différentes. Ainsi, dans un cas, les différences d'âges entre partenaires seront considérées comme « normales » car faibles et cohérentes avec ce qui est observé dans le contexte français alors que dans un autre cas, elles seront analysées comme un marqueur évident de domination masculine car renvoyant à la situation observée dans les pays de naissance de ces personnes. Selon les indicateurs sélectionnés et la manière de les présenter, on peut mettre l'accent soit sur ce qui différencie soit au contraire sur ce qui rapproche des groupes sociaux.

En l'absence d'indicateurs disponibles concernant l'expérience des discriminations, les données ne nous permettent pas d'appréhender directement le rôle des discriminations dans la construction des trajectoires affectives et sexuelles. Néanmoins, nous avons considéré que le fait d'être Noir et Africain constitue un indicateur d'exposition au racisme. L'analyse des mixités fournit un indicateur des discriminations dont ces populations font l'expérience et donne à voir le déplacement et la recomposition des frontières du groupe d'appartenance en contexte migratoire. Sachant que les personnes rencontrent leurs partenaires sur leurs lieux de vie et que les migrant·e·s d'Afrique subsaharienne font l'expérience de discriminations qui entraînent leur regroupement dans certains quartiers, alors, on peut en déduire que la ségrégation intra-africaine des réseaux sexuels traduit l'existence de discriminations. Plus exactement, on pose que ces discriminations structurent l'organisation des réseaux socio-sexuels. Ces résultats invitent à approfondir l'hypothèse du rôle des conditions de vie sur la production d'espaces de rencontre ségrégués et à considérer plus spécifiquement le rôle des discriminations dans la construction des trajectoires sexuelles et conjugales des personnes immigrées et de leurs descendants.

Cette question amène quelques prolongements. Pourquoi ne pas imaginer que l'on demande en routine dans les enquêtes si les personnes ont fait l'expérience discriminations dans la recherche d'un logement ou d'un emploi au même titre que l'on demande l'âge à la migration ou la langue parlée en famille ? Dans un contexte scientifique et politique dans lequel la discrimination est considéré comme un



obstacle à la lutte contre l'épidémie de VIH/sida, appréhender l'expérience des discriminations parmi ces populations constitue une nécessité. Ces questions permettraient de décrire plus précisément les conditions de vie de ces personnes ainsi que leurs espaces de vie et méritent en outre d'être étendues à l'expérience des secondes générations.

Comment proposer une définition de la mixité qui s'appuie sur des données quantitatives et qui renvoie à l'expérience de ces relations dans la sphère sociale ? Si l'on pose que les relations mixtes sont des relations transgressives, alors elles ne peuvent constituer la norme – ni socialement ni statistiquement. Par conséquent, les relations mixtes seront toujours statistiquement minoritaires et l'identification des relations mixtes peut se faire à partir de la fréquence des relations concernées. Si une relation préalablement définie comme mixte s'avère concerner beaucoup de monde, alors il ne s'agit probablement pas de mixité. Ainsi, la définition de la mixité proposée est toujours provisoire et doit être réévaluée *a posteriori* en fonction de la fréquence respective de différentes relations. En outre, les conclusions sur le caractère mixte d'une relation dépendent également de son degré de formalisation. Si une configuration définie provisoirement comme relevant de la mixité se révèle majoritaire uniquement dans des relations peu formalisées, cela n'a pas la même signification que si cette configuration est majoritaire dans des relations attestant un plus haut degré de formalisation.

Tenir compte de la structuration sociale des réseaux sexuels est utile pour orienter les politiques de prévention. Cela permet d'articuler la question des inégalités et des spécificités, ou plus exactement de montrer comment les inégalités produisent des spécificités, s'agissant de l'organisation des échanges sexuels. La transformation des flux migratoires implique d'étudier la manière dont les frontières entre les groupes sociaux se déplacent afin de fournir une meilleure compréhension des dynamiques de l'épidémie dans les pays d'immigration.





## BIBLIOGRAPHIE

---

2001 'Plan national de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2004'.

**Abdul-Quader A. S., Des Jarlais D. C., Tross S., McCoy E., Morales G. et Velez I.** 1992 'Outreach to injecting drug users and female sexual partners of drug users on the lower east side of New York City', *Br J Addict* 87(5): 681-8.

**Adam Philippe** 1999 'Bonheur dans le ghetto ou bonheur domestique?', *Actes de la recherche en sciences Sociales et Santé* 128(1): 56-67.

**Adimora A. A. et Schoenbach V. J.** 2002 'Contextual factors and the black-white disparity in heterosexual HIV transmission', *Epidemiology* 13(6): 707-12.

— 2005 'Social context, sexual networks, and racial disparities in rates of sexually transmitted infections', *J Infect Dis* 191 Suppl 1: S115-22.

**Adimora A. A., Schoenbach V. J. et Doherty I. A.** 2006 'HIV and African Americans in the southern United States: sexual networks and social context', *Sex Transm Dis* 33(7 Suppl): S39-45.

**Adimora A. A., Schoenbach V. J., Martinson F. E., Donaldson K. H., Stancil T. R. et Fullilove R. E.** 2003 'Concurrent partnerships among rural African Americans with recently reported heterosexually transmitted HIV infection', *J Acquir Immune Defic Syndr* 34(4): 423-9.

**Agyemang C., Bhopal R. et Bruijnzeels M.** 2005 'Negro, Black, Black African, African Caribbean, African American or what? Labelling African origin populations in the health arena in the 21st century', *J Epidemiol Community Health* 59(12): 1014-8.

**Aïna Stanojevich Élodie et Cytrynowicz Judith** 2004 'Les enjeux de la communication en direction des populations migrantes', *Transcriptases*(114).

**Alba Richard et Nee Victor** 2003 *Remaking the American Mainstream. Assimilation and Contemporary Immigration*, Cambridge, Massachusetts and London: Harvard University Press.

**Andro Armelle** 2003 'Saisir les rapports de genre dans l'analyse de la fécondité ', in A. Andro and S. Condon (eds) *Questions de genre en démographie*, Paris: Ined.

**ANRS** 1998 *Le sida en Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales*, Paris: ANRS.

**Aspinall P. J.** 1997 'The conceptual basis of ethnic group terminology and classifications', *Soc Sci Med* 45(5): 689-98.

— 2008 'The categorization of African descent populations in Europe and the USA: should lexicons of recommended terminology be evidence-based?', *Public Health* 122(1): 61-9.

**Awondo Patrick** 2010 'Trajectoires homosexuelles et migration transnationale : expériences de Camerounais en couple avec des Français à Paris', *Diasporas : Histoire et sociétés* Dossier « Transports amoureux(15): 37-52.

— 2011 'Identifications homosexuelles, construction identitaire et tensions postcoloniales entre le Cameroun et la France', *L'espace politique*, Dossier « (Géo)politique du sexe » 13(1): 37-52.

**Bajos Nathalie** 1997a 'Sexual risk-taking, socio-sexual biographies and sexual interaction: Elements of the French national survey on sexual behaviour', *Soc Sci Med* 44(1): 25-40.

— 1997b 'Social factors and the process of risk construction in HIV sexual transmission', *AIDS Care* 9(2): 227-37.

**Bajos Nathalie et Bozon Michel** 2008 *Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé* Paris: Editions La Découverte.

**Bajos Nathalie, Ducot Béatrice, Spencer Brenda et Spira Alfred** 1998 'Trajectoires socio-sexuelles et comportements face au risque de transmission sexuelle du sida', in N. Bajos, M. Bozon, A. Ferrand, A. Giami, A. Spira and e. l. g. ACSF (eds) *La sexualité au temps du sida*, Paris: Presses Universitaires de France.

**Bajos Nathalie et Ferrand Michèle** 2001 'L'avortement à l'âge de raison', *Mouvements*(17): 99-105.

**Bajos Nathalie, Ferrand Michèle et l'équipe GINE** 2002 'De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues', *Questions en Santé Publique*: 348.

**Bajos Nathalie et Ludwig Dominique** 1995 'Risque construit et objectivation du risque : deux approches de l'adaptation au risque de transmission sexuelle du sida', in N. Bajos, M. Bozon and A. Giami (eds) *Sexualité et sida*, Paris: ANRS.

**Bajos Nathalie et Marquet Jacques** 2000 'Research on HIV sexual risk: social relations-based approach in a cross-cultural perspective', *Soc Sci Med* 50(11): 1533-46.

**Bajos Nathalie, Ménard Colette, Serrand Caroline, Moatti Jean-Paul, Rousseau François et Durbec Jean-Pierre** 1989 'Perception du sida et modifications de comportements sexuels dans la population hétérosexuelle "à risque"', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(11).

**Baldwin J. D., Whiteley S. et Baldwin J. I.** 1992 'The effect of ethnic-group on sexual activities related to contraception and STDs ', *The Journal of Sex Research* 29(2): 189-205.

**Balthasar Hugues, Spencer Brenda, Jeannin André et Dubois-Harber Françoise** 2002 'Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida.', Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

**Barbieri Magali et Hertrich Véronique** 2005 'Ecart d'âge entre conjoints et pratique contraceptive en Afrique subsaharienne', *Population* 60(5-6): 725-764.

**Barbot Janine** 1999 'L'engagement dans l'arène médiatique. Les associations de lutte contre le sida', *Réseaux* 17(95): 155-196.

**Barou Jacques** 2002 'Les immigrations africaines en France au tournant du siècle', *Hommes et migrations*(1239): 6-18.

**Barou Jacques (dir.)** 2011 *De l'Afrique à la France. D'une génération à l'autre*: Armand Colin.

**Barth Fredrik** 1969 *Ethnic Groups and Boundaries: The social organization of culture difference*, Oslo: Scandinavian University Press.

**Beauchemin Cris, Hamel Christelle, Lesné Maud et Simon Patrick** 2010a 'Les discriminations : une question de minorités visibles', *Population et Sociétés*(466): 4.

**Beauchemin Cris, Hamel Christelle et Simon Patrick** 2010b 'Trajectoires et Origines' *Documents de travail*, Paris: Ined.

**BEH** 1983 'Le point sur... Le SIDA (Syndrome d'immunodépression acquise)', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(51).

— 1984 'Situation du sida en France au 1er janvier 1984', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(2).

— 1985 'Le point sur le SIDA', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(34).

— 1986 'Situation du SIDA en France au 30 juin 1986', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(34).

— 1987a 'L'infection HIV chez les femmes enceintes en région parisienne', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(31).

— 1987b 'Situation du SIDA en France au 30 juin 1987', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(32).

— 1988a 'Sida et hétérosexuels', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(10).

— 1988b 'Situation du SIDA en France au 30 juin 1988', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(33).

— 1989a 'Situation du SIDA en France au 30 juin 1989', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(37).

— 1989b 'Situation du SIDA en France au 31 mars 1989', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(20).

— 1990 'Situation du SIDA en France au 31 mars 1990', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(23).

— 1991 'Situation du SIDA en France au 31 décembre 1990', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(7).

— 1993 'Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne. Une enquête anonyme non corollée : PREVAGEST (2ème année 1992-1993)', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(18).

— 1995 'Surveillance du SIDA en France (situation au 31 décembre 1994)', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(8).

— 1996 'Elargissement des critères de la catégorie "transmission hétérosexuelle" dans le cadre de la surveillance du Sida en France', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(24).

— 1998 'Surveillance du SIDA en France (Situation au 31 décembre 1997)', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(9).

**Beltzer Nathalie et Bajos Nathalie** 2008 'De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles' *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris: la Découverte.

**Beltzer Nathalie, Lagarde Milène, Wu-Zhou Xiaoya, Vongmany Nathalie et Grémy Isabelle** 2005a 'Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France, *Evolutions 1992-1994-1998-2001-2004*', Paris: Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France.

**Beltzer Nathalie, Lagarde Mylène, Wu-Zhou Xiaoya et Grémy Isabelle** 2005b 'Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2004', Paris.

**Bereni Laure, Chauvin Sébastien, Jaunait Alexandre et Revillard Anne** 2008 *Introduction aux gender studies. Manuel des études sur le genre*, Bruxelles: de boeck.

**Bertheleu Hélène** 1997 'L'étude des relations inter-ethniques et du racisme en France', *Revue Européenne des Migrations Internationales* 13(2): 117-139.

**Bhopal R. et Donaldson L.** 1998 'White, European, Western, Caucasian, or what? Inappropriate labeling in research on race, ethnicity, and health', *Am J Public Health* 88(9): 1303-7.

**Blum Alain et Guérin-Pace France** 2007 'A propos du débat sur les statistiques ethniques', *Idées*(147): 24-35.

**Bohl D. D., Raymond H. F., Arnold M. et McFarland W.** 2009 'Concurrent sexual partnerships and racial disparities in HIV infection among men who have sex with men', *Sex Transm Infect* 85(5): 367-9.

**Bond L., Wheeler D. P., Millett G. A., LaPollo A. B., Carson L. F. et Liao A.** 2009 'Black men who have sex with men and the association of down-low identity with HIV risk behavior', *Am J Public Health* 99 Suppl 1: S92-5.

**Bonneux L., Van der Stuyft P., Taelman H., Cornet P., Goilav C., van der Groen G. et Piot P.** 1988 'Risk factors for infection with human immunodeficiency virus among European expatriates in Africa', *BMJ* 297(6648): 581-4.

**Bonte Pierre et Izard Michel** 1991 'Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie', in PUF (ed), Paris.

**Borrel Catherine et Lhommeau Bertrand** 2010 'Etre né en France d'un parent immigré', *Insee Première*(1287): 4.

**Borrel Catherine et Tavan Chloé** 2004 'La vie familiale des immigrés' *Portrait social 2003-2004*, Paris: Insee.

**Boyce P., Huang Soo Lee M., Jenkins C., Mohamed S., Overs C., Paiv E., Reid E., Tan M et Aggleton P.** 2007 'Putting sexuality (back) into HIV/AIDS : Issues, theory and practice', *Global Public Health* 2(1): 1-34.

**Bozon Michel** 1991 'Women and the age gap between spouses: an accepted domination?', *Popul* 3: 113-48.

— 1993 'L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites. Du calendrier aux attitudes', *Population* 48(5): 1317-1352.

— 2003 'A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes', *Population et sociétés*(391): 4.

— 2008 'Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus' *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris: la Découverte.

**Bozon Michel et Giami Alain** 1999 'Les scripts sexuels ou la mise en forme du désir. Présentation de l'article de John Gagnon', *Actes de la recherche en sciences sociales*(128): 68-72.

**Bozon Michel et Héran François** 1987 'La découverte du conjoint. I. Évolution et morphologie des scènes de rencontre', *Population*(6): 943-986.

— 1988 'La découverte du conjoint. II. Les scènes de rencontre dans l'espace social ', *Population*(1): 121-150.

— 2006 *La formation du couple. Textes essentiels pour la sociologie de la famille*, Paris: La Découverte.

**Bozon Michel et Hertrich Véronique** 2001 'Rapports de genre et initiation sexuelle en Afrique et en Amérique latine. Une comparaison à partir de 20 enquêtes EDS' *Genre, population et développement en Afrique*, Abidjan.

**Bozon Michel et Léridon Henri** 1993 'Les constructions sociales de la sexualité', *Population* 48(5): 1173-1196.

**Brinbaum Yaël, Hamel Christelle, Primon Jean-Luc, Safi Mirna et Simon Patrick** 2010 'Discriminations' *Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France*, Paris: Ined.

**Cabanel Patrick** 2010 *Dossier "Transports amoureux"*, Presses universitaires du Mirail-Toulouse: Toulouse.

**Caldwell J., Caldwell P. et Quiggin P.** 1989 'The social context of AIDS in Sub-Saharan Africa', *Population and Development Review* 15(2): 185-234.

**Caltabiano Marcantonio, Dalla Zuanna Gianpiero et Rosina Alessandro** 2006 'Interdependence between sexual debut and church attendance in Italy', *Demographic Research* 14: 453-484.

**Calvez Marcel** 1995 'La sexualité dans les recherches sociologiques sur le sida : des questions de prévention à la construction d'une approche', in N. Bajos, M. Bozon and A. Giami (eds) *Sexualité et sida*, Paris: ANRS.

— 2004 *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes: Presses Universitaires de Rennes.



**Calvez Marcel, Fierro François, Laporte Anne et Semaille Caroline** 2006a 'Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH'.

**Calvez Marcel, Semaille Caroline, Fierro François et Laporte Anne** 2006b 'Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en accès tardif aux soins pour le VIH : données de l'enquête Retard, France, novembre 2003-août 2004', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(31): 227-229.

**Canterbury R. J., McGarvey E. L., Sheldon-Keller A. E., Waite D., Reams P. et Koopman C.** 1995 'Prevalence of HIV-related risk behaviors and STDs among incarcerated adolescents', *J Adolesc Health* 17(3): 173-7.

**Carael Michel** 1995 'The "innocent anthropologist". Commentaire', *Sciences sociales et santé* 13(2): 29-37.

**Catarino Christine et Morokvasic Mirjana** 2005 'Femmes, genre, migration et mobilités', *Revue Européenne des Migrations Internationales* 21(1): 7-27.

**Cazein Françoise, Pillonel Josiane, le Strat Yann, Lot Florence, Pinget Roselyne, David Danièle, Leclerc Marlène, Couturier Sophie, Benyelles Lofti, Brunet Sylvie, Thierry Damien, Barin Francis et Semaille Caroline** 2008a 'Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2007', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(45-46): 434-443.

— 2008b 'Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2008', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(45-46): 434-443.

**Cazein Françoise, Pinget Roselyne, Lot Florence, David Danièle, Pillonel Josiane et Laporte Anne** 2000 'Tendances récentes du sida en France', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(52).

**Chartrain Cécile** 2010 'Jeunes et usages de la jeunesse dans la prévention du sida en France.', in V. Blanchard, R. Révenin and J.-J. Yvovrel (eds) *Jeunes, jeunesses et sexualités: 19e-21e siècles*: Autrement.

**Cherabi Kemal et Fanget Delphine** 1997 'Le VIH/sida en milieu migrant arabo-musulman en France': 147.

**Cleland John et Ferry Benoît (dir.)** 1995 *Sexual Behaviour and Aids in the Developing world*, London: Taylor and Francis.

**Cobat A., Halfen S. et Grémy I.** 2008 'Déterminants de l'utilisation du préservatif et multipartenariat hétérosexuel aux Antilles et en Guyane françaises', *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*(56): 143-157.

**Collet Béate** 2010 'Pluralité contemporaine de la mixité conjugale et position asymétrique entre les sexes', *Diasporas. Histoire et Société*(15): 53-67.

**Collins Patricia Hills** 2005 *Black Sexual Politics: African Americans, Gender, and the New Racism*, New York ; London: Routledge.

**Corby N. H., Wolitski R. J., Thornton-Johnson S. et Tanner W. M.** 1991 'AIDS knowledge, perception of risk, and behaviors among female sex partners of injection drug users', *AIDS Educ Prev* 3(4): 353-66.

**Crenshaw Kimberlé W.** 2005 'Cartographie des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur', *Cahiers du Genre*(39): 51-82.

- Crips** 2004 'Migrations et pandémie VIH vues de France', *Transcriptases*(114).
- CRIPS Ile-de-France** 1990 'Migrants et sida, 4ème rencontre', *Lettre CRIPS*(10).
- 1996 'Prévention du VIH auprès des migrants, 26ème rencontre', *Lettre CRIPS*(37).
- 1999 'Sida et migrants : une épidémie cachée?', 33ème rencontre', *Lettre CRIPS*(49).
- Dahiden Janine, Rosende Magdalena, Benelli Natalie, Hanselmann Magaly et Lempen Karine** 2007 'Migrations : genre et frontières - frontières de genre', *Nouvelles Questions Féministes* 26(1): 4-14.
- Davis Angela** 1983 *Femmes, race et classe*, Editions des femmes Edition, Paris.
- del Amo Julia, Bröring Georg et Fenton Kevin A.** 2003 'HIV health experiences among migrant Africans in Europe: how are we doing?', *Aids* 17(15): 2261-3.
- del Amo Julia, Bröring Georg, Hamers Françoise F., Infuso Andrea et Fenton Kevin A.** 2004 'Monitoring HIV/AIDS in Europe's migrant communities and ethnic minorities', *Aids* 18(14): 1867-73.
- del Amo Julia, Pérez-Cachafeiro Santiago, Hernando Victoria, Gonzalez Cristina, Jarrin Inma et Bolumar Francisco** 2009 'Migrant health : Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities ant ethnic minorities in EU/EEA countries': 121.
- Delaunay Karine** 1999 'Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines, discours sur une pandémie', *Autrepart* (12): 37-51.
- Delphy Christine** 1970 'L'ennemi principal', *Partisans*: 112-139.
- 1991 'Penser le genre, quels problèmes ?', in M.-C. Hurtig and M.-F. Pichevin (eds) *Sexe et genre, de la hiérarchie entre les sexes*, Paris: CNRS.
- Desenclos Jean-Claude** 2004 'La notification obligatoire du VIH. Une priorité de santé publique. Un engagement de tous', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(24-25).
- Devreux Anne-Marie** 2005 'La théorie des rapports sociaux de sexe : un cadre d'analyse de la domination masculine', *Sociedade e Estado* 20(3): 561-584.
- DGS** 2007 'Programme National De Lutte Contre Le Vih/Sida En Direction Des Etrangers/Migrants Vivant En France, 2004/2006', Paris: Direction Générale de la Santé.
- Diaz R. M., Ayala G. et Marin B. V.** 2000 'Latino gay men and HIV: risk behavior as a sign of oppression', *Focus* 15(7): 1-5.
- DiClemente R. J., Wingood G. M., Crosby R. A., Sionean C., Cobb B. K., Harrington K., Davies S. L., Hook E. W., 3rd et Oh M. K.** 2002 'Sexual risk behaviors associated with having older sex partners: a study of black adolescent females', *Sex Transm Dis* 29(1): 20-4.
- Dieleman M.** 2008 'Migrant-es subsaharien-nes et VIH. Trajectoires et vulnérabilités', Bruxelles: Observatoire du Sida et des sexualités (FUSL).
- Doherty I. A., Shiboski S., Ellen J. M., Adimora A. A. et Padian N. S.** 2006 'Sexual bridging socially and over time: a simulation model exploring the relative effects of mixing and concurrency on viral sexually transmitted infection transmission', *Sex Transm Dis* 33(6): 368-73.

**Dorlin Elsa** 2008 *Black feminism - Anthologie du féminisme africain-américain, 1975-2000*, Paris: L'Harmattan

**Dotinga A., van den Eijnden R. J., Bosveld W. et Garretsen H. F.** 2005 'The effect of data collection mode and ethnicity of interviewer on response rates and self-reported alcohol use among Turks and Moroccans in the Netherlands: an experimental study', *Alcohol Alcohol* 40(3): 242-8.

**Douglas Mary et Calvez Marcel** 1990 'The self as risk-taker: a cultural theory of contagion in relation to Aids', *Sociological review* 38(3): 445-464.

**Doytcheva Miléna** 2007 *Une discrimination positive à la française ? Ethnicité et territoire dans les politiques de la ville*: La Découverte.

**Drumright L. N., Gorbach P. M. et Holmes K. K.** 2004 'Do people really know their sex partners? Concurrency, knowledge of partner behavior, and sexually transmitted infections within partnerships', *Sex Transm Dis* 31(7): 437-42.

**Easterbrook P. J., Chmiel J. S., Hoover D. R., Saah A. J., Kaslow R. A., Kingsley L. A. et Detels R.** 1993 'Racial and ethnic differences in human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) seroprevalence among homosexual and bisexual men. The Multicenter AIDS Cohort Study', *Am J Epidemiol* 138(6): 415-29.

**Elam Gillian et Fenton Kevin A.** 2003 'Researching sensitive issues and ethnicity: lessons from sexual health', *Ethn Health* 8(1): 15-27.

**Falquet Jules** 2009 'La règle du jeu. Repenser la co-formation des rapports sociaux de sexe, de classe et de "race" dans la mondialisation néolibérale', in E. Dorlin (ed) *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination*, Paris: PUF.

**Falquet Jules et Rabaud Aude** 2008 *Femmes, genre, migrations et mondialisation : un état des problématiques*, Paris: Université Paris Diderot.

**Fassin Didier** 1999 'L'indicible et l'impensé : la "question immigrée" dans les politiques du sida', *Sciences sociales et santé* 17(4): 5-35.

— 2001 'L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration', *Revue Européenne des Migrations Internationales* 17(2): 139-151.

— 2002a 'L'invention française de la discrimination', *Revue Française de Science Politique* 52(4): 403-423.

— 2002b 'Sida, immigration et inégalité : nouvelles réalités, nouveaux enjeux', in ANRS (ed) *Sida, immigration et inégalités. Nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, Paris: ANRS.

**Fassin Didier et Ricard Emmanuel** 1996 'Les immigrés et le sida : une question mal posée', in S. Hefez (ed) *Sida et vie psychique*, Paris: La Découverte.

**Fenaughty A. M., Fisher D. G. et Cagle H. H.** 1998 'Sex partners of Alaskan drug users: HIV transmission between white men and Alaska Native women', *Women Health* 27(1-2): 87-103.

**Fenton K. A., Chinouya M., Davidson O. et Copas A.** 2002 'HIV testing and high risk sexual behaviour among London's migrant African communities: a participatory research study', *Sex Transm Infect* 78(4): 241-5.

**Fenton Kevin A., Mercer Catherine H., McManus Sally, Erens Bob, Wellings Kaye, Macdowall Wendy, Byron Christos L., Copas Andrew. J., Nanchahal Kiran, Field Julia et Johnson Anne M.** 2005 'Ethnic variations in sexual behaviour in Great Britain and risk of sexually transmitted infections: a probability survey', *Lancet* 365(9466): 1246-55.

**Filion Alexandra et Varro Gabrielle** 2005 'Les couples mixtes, une catégorie hétérogène' *Histoires de familles, histoires familiales : les résultats de l'enquête Famille de 1999*, Paris: Institut national d'études démographiques.

**Firdion Jean-Marie et Riandey Benoît** 1993 'Vie personnelle et enquête par téléphone : l'exemple de l'enquête ACSF ', *Population* 48( 5): 1257-1280.

**Ford K. et Norris A. E.** 1993 'Knowledge of AIDS transmission, risk behavior, and perceptions of risk among urban, low-income, African-American and Hispanic youth', *Am J Prev Med* 9(5): 297-306.

**Fourquet F., Le Chenadec J., Mayaux M. J. et Meyer L.** 2001 'Reproductive behaviour of HIV-infected women living in France, according to geographical origin', *Aids* 15(16): 2193-6.

**Frank E., Weiss S. H., Compas J. C., Bienstock J., Weber J., Bodner A. et Landesman S. H.** 1985 'AIDS in Haitian-Americans: a reassessment', *Cancer Res* 45(9 Suppl): 4619s-4620s.

**Friedman S. R., Sotheran J. L., Abdul-Quader A., Primm B. J., Des Jarlais D. C., Kleinman P., Mauge C., Goldsmith D. S., el-Sadr W. et Maslansky R.** 1987 'The AIDS epidemic among blacks and Hispanics', *Milbank Q* 65 Suppl 2: 455-99.

**Gagnon John** 1988 'Sex research and sexual conduct in the era of AIDS', *J Acquir Immune Defic Syndr* 1(6): 593-601.

— 1997 'Others have sex with others: Captain Cook and the penetration of the Pacific', in G. Herdt (ed) *International Studies in Demography*, Oxford: Clarendon Press.

— 2008 *Les scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir*, Payot Edition, Paris.

**Gagnon John et Simon Williams** 1973 *Sexual conduct. The social sources of human sexuality*, Chicago: Aldine.

**Garcia Florence** 2009 'Complémentarité de la recherche et des actions de terrain. Le travail de prévention VIH et d'accès aux droits avec les personnes prostituées', *Tracés Hors-série*: 157-164.

**Giami Alain** 1991 'De Kinsey au Sida : l'évolution de la construction du comportement sexuel dans les enquêtes quantitatives ', *Sciences sociales et santé* 9(4): 23-55.

— 1995 'Représentations de la sexualité et représentations des partenaires à l'époque du sida', in N. Bajos, M. Bozon and A. Giami (eds) *Sexualité et sida*, Paris: ANRS.

— 1996 'Représentations du sida : une théorie sexuelle', in S. Hefez (ed) *Sida et Vie psychique*, Paris: La Découverte.

— 2000 'Médicalisation de la société et médicalisation de la sexualité', in A. Jardi, P. Queneau and F. Giuliano (eds) *Progrès thérapeutiques: la médicalisation de la sexualité en question*, Paris: John Libbey Eurotext.

**Gilloire Augustin** 2000 'Les catégories d'"origine" et de "nationalité" dans les statistiques du sida', *Hommes et Migrations*(1225): 73-82.

— 2002 'La classification des immigrés à l'épreuve du VIH/sida', in ANRS (ed) *Sida, immigration et inégalités. Nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, Paris: ANRS.

**Gorbach P. M., Drumright L. N. et Holmes K. K.** 2005 'Discord, discordance, and concurrency: comparing individual and partnership-level analyses of new partnerships of young adults at risk of sexually transmitted infections', *Sex Transm Dis* 32(1): 7-12.

**Gras M. J., van Benthem B. H., Coutinho R. A. et van den Hoek A.** 2001 'Determinants of high-risk sexual behavior among immigrant groups in Amsterdam: implications for interventions', *J Acquir Immune Defic Syndr* 28(2): 166-72.

**Gras M. J., Weide J. F., Langendam M. W., Coutinho R. A. et van den Hoek A.** 1999 'HIV prevalence, sexual risk behaviour and sexual mixing patterns among migrants in Amsterdam, The Netherlands', *Aids* 13(14): 1953-62.

**Grmek Mirko D.** 1989 *Histoire du sida*, Paris: Payot.

**Guénif-Souilamas N.** 2005 'En un combat douteux. Concurrence pour la conformation sexuée des Français d'ascendance migrante et coloniale', *Revue Européenne des Migrations Internationales* 21(2): 91-109.

**Guilbert Philippe, Baudier François et Gautier Arnaud** 2001 'Baromètre Santé 2000. Résultats' *Editions CFES*, Paris: CFES.

**Guillaumin Colette** 1972 *L'idéologie raciste*, Paris: Gallimard.

— 1992 'Race et nature: Système des marques, Idée de groupe naturel et rapports sociaux', in Côté-femmes (ed) *Sexe, Race et Pratique du pouvoir. L'idée de nature*, Paris.

**Guillemaut Françoise** 2008 'Femmes africaines, migration et travail du sexe', *Sociétés* (99): 92-102.

**Hamel Christelle** 2002 'La "masculinité" dans le contexte de la "galère"', *Sciences sociales et sida*: 85-98.

— 2003 'L'intrication des rapports sociaux de sexe, de "race", d'âge et de classe : ses effets sur la gestion des risques d'infection par le VIH chez les Français descendant de migrants du Maghreb': EHESS.

— 2005 'De la racialisation du sexisme au sexisme identitaire', *Migrations Société* 17(99-100): 91-104.

— 2006 'La sexualité entre sexisme et racisme : Les descendantes de migrant-e-s du Maghreb et la virginité', *Nouvelles Questions Féministes* 25(1): 45-57.

**Hamel Christelle, Lhommeau Bertrand, Pailhé Ariane et Santelli Emmanuelle** 2010 'La formation du couple entre ici et là-bas' *Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France*, Paris: Ined.

**Harrison D. F., Wambach K. G., Byers J. B., Imershein A. W., Levine P., Maddox K., Quadagno D. M., Fordyce M. L. et Jones M. A.** 1991 'AIDS knowledge and risk behaviors among culturally diverse women', *AIDS Educ Prev* 3(2): 79-89.

- Haug Werner** 1998 'La statistique des minorités prise entre science et politique', *Etudes Démographiques*(30): 11-25.
- He H., McCoy H. V., Stevens S. J. et Stark M. J.** 1998 'Violence and HIV sexual risk behaviors among female sex partners of male drug users', *Women Health* 27(1-2): 161-75.
- Heard I., Sitta R. et Lert F.** 2007 'Reproductive choice in men and women living with HIV: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA Study)', *Aids* 21 Suppl 1: S77-82.
- Hertrich Véronique** 2007 'Nuptialité et rapports de genre en Afrique. Tendances de l'entrée en union', in Ined (ed) *Genre et sociétés en Afrique. Implications pour le développement*, Paris.
- Hinkle Y. A., Johnson E. H., Gilbert D., Jackson L. et Lollis C. M.** 1992 'African-American women who always use condoms: attitudes, knowledge about AIDS, and sexual behavior', *J Am Med Womens Assoc* 47(6): 230-7.
- Hirata Helena, Laborie Françoise, Le Doaré Hélène et Senotier Danièle** 2000 'Dictionnaire critique du féminisme', Paris: Presses universitaires de France.
- Hunt C. W.** 1989 'Migrant labor and sexually transmitted disease: AIDS in Africa', *J Health Soc Behav* 30(4): 353-73.
- Hurtig Marie-Claude, Kail Michèle et Rouch Hélène** 1991 *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes*, Paris CNRS.
- Insee** 2005 'Les Immigrés en France, édition 2005' *Insee Collection « Insee-Références »*, Paris.
- InVS** 2000 'Surveillance du Sida en France : Situation après deux ans d'interruption', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(38).
- 2001a 'Surveillance du sida en France - Situation au 30 septembre 2001', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(47).
- 2001b 'Surveillance du sida en France - Situation au 31 mars 2001', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(24).
- Jasseron C., Mandelbrot L., Tubiana R., Teglas J. P., Faye A., Dollfus C., Le Chenadec J., Rouzioux C., Blanche S. et Warszawski J.** 2008 'Prevention of mother-to-child HIV transmission: similar access for sub-Sahara African immigrants and for French women?', *Aids* 22(12): 1503-11.
- Jemmott L. S. et Jemmott J. B., 3rd** 1991 'Applying the theory of reasoned action to AIDS risk behavior: condom use among black women', *Nurs Res* 40(4): 228-34.
- Johnson E. H., Gant L., Hinkle Y. A., Gilbert D., Willis C. et Hoopwood T.** 1992 'Do African-American men and women differ in their knowledge about AIDS, attitudes about condoms, and sexual behaviors?', *J Natl Med Assoc* 84(1): 49-64.
- Johnson E. H., Hinkle Y., Gilbert D. et Gant L. M.** 1992 'Black males who always use condoms: their attitudes, knowledge about AIDS, and sexual behavior', *J Natl Med Assoc* 84(4): 341-52.

- Kalk A., Kroeger A., Meyer R., Cuan M. et Dickson R.** 2001 'Influences on condom use among young men in Managua, Nicaragua ', *Culture, health and sexuality* 3(4): 413-428.
- Kazal Russel** 1995 'Revisiting assimilation: The rise, fall and reappraisal of a concept in American ethnic history', *The American Historical Review* 100(2): 437-471.
- Kergoat Danièle** 1982 *Les ouvrières*, Paris: le Sycomore.
- 2009 'Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux', in E. Dorlin (ed) *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination*, Paris: PUF.
- Kesby Mike, Fenton Kevin A., Boyle P. et Power R.** 2003 'An agenda for future research on HIV and sexual behaviour among African migrant communities in the UK', *Soc Sci Med* 57(9): 1573-92.
- Klovdahl A. S.** 1985 'Social networks and the spread of infectious diseases: the AIDS example', *Soc Sci Med* 21(11): 1203-16.
- Kretzschmar M., White R. G. et Carael M.** 2010 'Concurrency is more complex than it seems', *Aids* 24(2): 313-5.
- Lagrange Hugues et Lhomond Brigitte** 1997 *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*, Paris: La Découverte.
- Lalou Richard, Rogier Charles et Francke Puruenhce Marie** 2006 'Les épidémies du VIH/Sida en République du Congo dans un contexte d'après-guerre : disparités géographiques et pluralité des environnements à risque' *Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud*, Paris: Ceped.
- Lange Marie-France** 2007 'L'évolution des inégalités d'accès à l'instruction en Afrique depuis 1960', in Ined (ed) *Genre et sociétés en Afrique. Implications pour le développement*, Paris.
- Latour Bruno** 1991 *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*, Paris: La Découverte.
- Laumann Edward O., Gagnon John H., Michael Robert T. et Michaels Stuart** 1994 *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States* Chicago.
- Le Vu S. et Semaille C.** 2006 'Dépistage anonyme et gratuit du VIH. Profil des consultants en 2004'.
- Lee Raymond M.** 1993 *Doing Research on Sensitive Topics*, Londres.
- Léridon Henri, Oustry Pascale, Bajos Nathalie et Cocon et le Groupe** 2002 'La médicalisation croissante de la contraception en France', *Population et Sociétés*(381).
- Lert France** 2007 'Bilan du Groupe Migrants en France face au VIH et aux hépatites virales ', Paris: ANRS.
- Lert France, Doré Véronique, Fassin Didier, Simon Patrick, Gilloire Augustin, Vourc'h François, De Rudder Véronique, Douris Vincent, Rude-Antoine Edwige, Hamel Christelle, Pourette Dolores et Salomon Christine** 2002 'Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux', *Sciences sociales et sida*: 129.
- Lert France et Obadia Yolande** 2004a 'Enquête ANRS-Vespa' *Actualité en santé publique*.

- Lert France et Obadia Yolande** 2004b 'Comment vit-on en France avec le VIH/sida?', *Population et Sociétés*(406): 4.
- Lessault David et Beauchemin Cris** 2009 'Les migrations d'Afrique subsaharienne en Europe : un essor encore limité', *Population et Sociétés*(452): 4.
- Lévy Florence et Lieber Marylène** 2009 'La sexualité comme ressource migratoire. Les Chinoises du Nord à Paris ', *Revue française de sociologie* 50(4): 719-746.
- Linós N.** 2009 'Rethinking gender-based violence during war: is violence against civilian men a problem worth addressing?', *Soc Sci Med* 68(8): 1548-51.
- Locoh Thérèse (dir.), Koffi Nguessan et Paulina Makinwa-Adebusoye (coll.)** 2007 'Genre et sociétés en Afrique', in Ined-PUF (ed) *Travaux et documents de l'Ined*, Vol. 160, Paris
- Lot Florence** 1995 'Epidémiologie de l'infection par le VIH en France', *La revue du praticien*(45): p.693-689.
- 1996 'La situation du Sida dans la population étrangère en France', *Lettre d'information du Crips*(37): p.2-3.
- Lot Florence, Cazein Françoise, Pillonel Josiane, Pinget Roselyne, David Danièle, Leclerc Marlène, Couturier Sophie, Haguy Haguy, Semaille Caroline, Barin Francis, Brand Denys, Brunet Sylvie et Thierry Damien** 2006 'Surveillance de l'infection à VIH-Sida en France, 2005', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(48): 371-382.
- Lydié Nathalie** 2007a 'Principales caractéristiques de la zone d'étude et présentation méthodologique de l'enquête', in N. Lydié (ed) *Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*, Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, coll. Etudes Santé.
- Lydié Nathalie (dir.)** 2007b *Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*, Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, coll. Etudes Santé.
- Lydié Nathalie, Guilbert Philippe et Sliman Gaël** 2008 'Exemple de méthodologie pour une enquête auprès des populations d'Afrique subsaharienne', Paris: Guilbert, P. (dir). Méthodes de sondage. Dunod, coll. Cours et cas pratiques.
- Lydié Nathalie et Léon Christophe** 2006 'Sexualité, IST et dépistage du VIH', in P. Guilbert and A. Gautier (eds) *Baromètre santé 2005: premiers résultats*, Editions Inpes Edition, Saint-Denis: INPES.
- Maman Moussa, Ahui Marthe, Giannotti Agnès, Kotto Evelyne et Anne Rosnet;** 1993 'Communautés africaines et sida. Mythes et réalités', Paris: URACA.
- Marzouk Yasmina** 1991 'Les femmes musulmanes face au sida.', Paris: Conseil National du Sida.
- Mathieu Nicole-Claude** 1991 'Identité sexuelle/sexuée/de sexe? Trois modes de conceptualisation du rapport entre sexe et genre' *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*, Paris: Côté-Femmes.
- 2000 'Article : Sexe et genre', in H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré and D. Senotier (eds) *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris: P.U.F.



**Mathiot Pierre** 1992 'Le sida dans la stratégie et la rhétorique du Front National', in P. Favre (ed) *Sida et politique les premiers affrontements*, Paris: L'Harmattan.

**Mbaye Elhadji Mamadou** 2009 'Sida et immigration thérapeutique en France : mythes et réalités', *Sciences sociales et santé* 27(1): 43-62.

**McCall Leslie** 2005 'The complexity of Intersectionality', *Signs* 30(3): 1771-1800.

**McLean C. A. et Campbell C. M.** 2003 'Locating research informants in a multi-ethnic community: ethnic identities, social networks and recruitment methods', *Ethn Health* 8(1): 41-61.

**Memmi Albert** 1957 *Portrait du colonisé, précédé du portrait du colonisateur*, Paris: Buchet/Chastel.

**Meurs Dominique, Pailhé Ariane et Simon Patrick** 2006 'The Persistence of Intergenerational Inequalities linked to Immigration: Labour Market Outcomes for Immigrants and their Descendants in France ', *Population* 61(5): 645-682.

**Miller M., Serner M. et Wagner M.** 2005 'Sexual diversity among black men who have sex with men in an inner-city community', *J Urban Health* 82(1 Suppl 1): i26-34.

**Millett G., Malebranche D., Mason B. et Spikes P.** 2005 'Focusing "down low": bisexual black men, HIV risk and heterosexual transmission', *J Natl Med Assoc* 97(7 Suppl): 52S-59S.

**Mishra S., Swain B. K. et Babu B. V.** 2008 'Sexual risk behaviour among migrant tribals living in urban slums of an eastern Indian city: implications on the spread of HIV', *Coll Antropol* 32(1): 1-4.

**Mishra Vinod, Agrawal Praween, Alva Soumya , Gu Yuan et Wang Shanxiao** 2009 'Changes in HIV-Related Knowledge and Behaviors in Sub-Saharan Africa ' *DHS comparative report*, Calverton: Usaid.

**Morris M., Kurth A. E., Hamilton D. T., Moody J. et Wakefield S.** 2009 'Concurrent partnerships and HIV prevalence disparities by race: linking science and public health practice', *Am J Public Health* 99(6): 1023-31.

**Morrison D. M., Baker S. A. et Gillmore M. R.** 1994 'Sexual risk behavior, knowledge, and condom use among adolescents in juvenile detention', *J Youth Adolesc* 23(2): 271-88.

**Moujoud Nasima** 2008 'Effets de la migration sur les femmes et sur les rapports sociaux de sexe : au-delà des visions binaires', in Cedref (ed) *Femmes, genre, migrations et mondialisation : un état des problématiques*, Paris: Université Paris Diderot.

**Moumen-Marcoux Radhia** 1993 *Migrants et perception du Sida. Le maître des infidèles*, Paris: L'Harmattan.

**Mouvagha-Sow Myriam** 2007 'L'évolution de la formation des unions à Libreville', in Ined (ed) *Genre et sociétés en Afrique. Implications pour le développement*, Paris.

**Musso Sandrine** 2008 'Sida et minorités postcoloniales. Histoire sociale, usages et enjeux de la cible "migrants" dans les politiques du sida en France' *Anthropologie sociale et ethnologie*, Vol. PhD, Paris: EHESS.

- 2009 'Dossier n° 15 - La mesure des « migrants » dans les statistiques du sida en France ' *Bulletin Amades* Vol. 77.
- Ndiaye Pap** 2008 *La condition noire. Essai sur une minorité française*, Paris: Calmann-lévy.
- Neequaye A. R., Neequaye J., Mingle J. A. et Adjei D. O.** 1986 'Preponderance of females with AIDS in Ghana', *Lancet* 2(8513): 978.
- Nelson S. J., Manhart L. E., Gorbach P. M., Martin D. H., Stoner B. P., Aral S. O. et Holmes K. K.** 2007 'Measuring sex partner concurrency: it's what's missing that counts', *Sex Transm Dis* 34(10): 801-7.
- Neyrand Gérard et M'Sili Marine** 1997 'Les couples mixtes dans la France contemporaine. Mariage, acquisition de la nationalité française et divorce', *Population* 52(3): 571-606.
- Noiriel Gérard** 1986 'L'immigration en France, une histoire en friche', *Annales* 41(4): 751-769.
- 1988 *Le creuset français. Histoire de l'immigration. XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup>*, Editions le Seuil Edition, Paris.
- Oppenheimer Gerald M.** 2001 'Paradigm lost: race, ethnicity, and the search for a new population taxonomy', *Am J Public Health* 91(7): 1049-55.
- Oso Casas Laura** 2006 'Prostitution et immigration des femmes latino-américaines en Espagne', *Cahiers du Genre*(40): 91-113.
- Paicheler Geneviève** 2002 'Prévention du sida et agenda politique: les campagnes en direction du grand public 1987-1996': CNRS.
- Pan Ké Shon Jean-Louis** 2009 'Ségrégation ethnique et ségrégation sociale en quartiers sensibles', *Revue française de sociologie* 50(3): 451-487.
- Park Robert E. et Burgess Ernest W.** 1921 *Introduction to the Science of Sociology*, University of Chicago Press: Chicago.
- Parker Richard** 2009 'Unintended consequences: evaluating the impact of HIV and AIDS on sexuality research and policy debates', *Cad. Saúde Pública* 25(2): 251-258.
- Peruga A. et Rivo M.** 1992 'Racial differences in AIDS knowledge among adults', *AIDS Educ Prev* 4(1): 52-60.
- Pheterson Gail** 2003 'Grossesse et prostitution. Les femmes sous la tutelle de l'Etat', *Raisons politiques*(11): 97-116.
- Pian Anaïk** 2010 'La migration empêchée et la survie économique: services et échanges sexuels des Sénégalaises au Maroc', *Cahiers du Genre*(49): 183-202.
- Pinell Patrice** 2002 *Une épidémie politique : La Lutte contre le sida en France : 1981-1996*, Paris: PUF.
- Pollak Michel et Schiltz Marie-Ange** 1987 'Identité sociale et gestion d'un risque de santé', *Actes de la recherche en sciences sociales* 68(1): 77-102.
- 1991 'Six années d'enquête sur les homo- et bisexuels masculins face au sida. Livre des données' *Rapport de Recherche*, Paris: CNRS-ANRS.

**Pourette Dolores** 2002 'Les migrants guadeloupéens en Ile-de-France. Gestion du risque de contamination et vécu de la séropositivité : un retour nécessaire aux sources de la formation sociale guadeloupéenne', *Sida, immigration et inégalités*: 99-111.

— 2008 'Migratory paths, experiences of HIV/AIDS, and sexuality : african women living with HIV / AIDS in France', *Feminist Economics* 14(4): 149-181.

**Poutignat Phillipe et Streiff-Fénard Jocelyne** 2008 *Théories de l'ethnicité*: PUF.

**Préteceille Edmond** 2009 'La ségrégation ethno- raciale a-t-elle augmenté dans la métropole parisienne?', *Revue française de sociologie* 50(3): 489-519.

**Proctor A., Krumeich A. et Meershoek A.** 2011 'Making a difference: the construction of ethnicity in HIV and STI epidemiological research by the Dutch National Institute for Public Health and the Environment', *Soc Sci Med* 72(11): 1838-45.

**Prost A., Elford J., Imrie J., Petticrew M. et Hart G. J.** 2008 'Social, behavioural, and intervention research among people of Sub-Saharan African origin living with HIV in the UK and Europe: literature review and recommendations for intervention', *AIDS Behav* 12(2): 170-94.

**Quiminal Catherine et Timera Mahamet** 2002 '1974-2002, les mutations de l'immigration ouest-africaine', *Hommes et migrations*(1239): 19-32.

**Rapkin A. J. et Erickson P. I.** 1990 'Differences in knowledge of and risk factors for AIDS between Hispanic and non-Hispanic women attending an urban family planning clinic', *AIDS* 4(9): 889-99.

**Reniers G. et Watkins S.** 2010 'Polygyny and the spread of HIV in sub-Saharan Africa: a case of benign concurrency', *Aids* 24(2): 299-307.

**Riano Yvonne et Baghdadi Nadia** 2007 'Je pensais que je pourrais avoir une relation plus égalitaire avec un Européen". Le rôle du genre et des imaginaires géographiques dans la migration des femmes', *Nouvelles Questions Féministes* 26(1): 38-53.

**Rossier Clémentine et Léridon Henri** 2004 'Pilule et préservatif, substitution ou association?', *Population* 59(3-4): 449-478.

**Rothenberg R. B., Potterat J. J., Woodhouse D. E., Muth S. Q., Darrow W. W. et Klovdahl A. S.** 1998 'Social network dynamics and HIV transmission', *Aids* 12(12): 1529-36.

**Roux Patricia, Gianettoni Lavinia et Perrin Céline** 2007 'L'instrumentalisation du genre : une nouvelle forme de racisme et de sexisme', *Nouvelles Questions Féministes* 26(2): 92-108.

**Sadler, McGarrigle C. A., Elam G., Ssanyu-Sseruma W., Othieno G., Davidson O., Mercey D., Parry J. V. et Fenton K. A.** 2006 'Mayisha II: pilot of a community-based survey of sexual attitudes and lifestyles and anonymous HIV testing within African communities in London', *AIDS Care* 18(4): 398-403.

**Sadler, McGarrigle C. A., Elam Gillian, Ssanyu-Sseruma W., Davidson O., Nichols T., Mercey D., Parry J. V. et Fenton Kevin A.** 2007 'Sexual behaviour and HIV infection in black-Africans in England: results from the Mayisha II survey of sexual attitudes and lifestyles', *Sex Transm Infect* 83(7): 523-9.

- Safi Mirna** 2007 'Le devenir des immigrés en France. Barrières et inégalités' *Ensaes*, Vol. PhD, Paris: Ehess.
- 2008 'Inter-mariage et intégration : les disparités des taux d'exogamie des immigrés en France', *Population* 63(2): 267-298.
- 2009 'La dimension spatiale de l'intégration des populations immigrées (1968-1999)', *Revue française de sociologie* 50(3): 521-552.
- Saleh L. D. et Operario D.** 2009 'Moving beyond "the down low": a critical analysis of terminology guiding HIV prevention efforts for African American men who have secretive sex with men', *Soc Sci Med* 68(2): 390-5.
- Salomon Christine** 2002 'Des bals nègres aux boîtes *black*. *Sexual mixing* à Paris', *Sida, immigration et inégalités*: 123-129.
- Sanitioso R.** 1999 'A social psychological perspective on HIV/AIDS and gay or homosexually active Asian men', *J Homosex* 36(3-4): 69-85.
- Santelli Emmanuelle et Collet Beate** 2007 'Comment repenser les mixités conjugales aujourd'hui ? Modes de formation des couples et dynamiques conjugales d'une population française d'origine maghrébine ', *Revue Européenne des Migrations Internationales* 19(1): 51-79.
- Santelli J. S., Kouzis A. C., Hoover D. R., Polacsek M., Burwell L. G. et Celentano D. D.** 1996 'Stage of behavior change for condom use: the influence of partner type, relationship and pregnancy factors', *Fam Plann Perspect* 28(3): 101-7.
- Sardon Jean-Paul** 1986 'La collecte des données sur les pratiques contraceptives: les enseignements de l'enquête Ined-Insee de 1978', *Population* 41(1): 73-92.
- Savignoni Alexia, Lot Florence, Pillonel Josiane et Laporte Anne** 1999 'Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France': INVS.
- Sawers L. et Stillwaggon E.** 2010 'Concurrent sexual partnerships do not explain the HIV epidemics in Africa: a systematic review of the evidence', *J Int AIDS Soc* 13: 34.
- Sayad Abdelmalek** 1975 'El ghorba : le mécanisme de reproduction de l'émigration', *Actes de la recherche en sciences sociales*(2): 50-66.
- 1977 'Les « trois âges » de l'émigration algérienne en France', *Actes de la recherche en sciences sociales*(15): 59-79.
- 1979a 'Les enfants illégitimes, 1ère partie', *Actes de la recherche en sciences sociales*(25): 61-81.
- 1979b 'Les enfants illégitimes. 2ème partie', *Actes de la recherche en sciences sociales*(26-27): 117-132.
- 1999 *La double-absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Collection Liber Edition, Paris: Seuil.
- 2006a *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité : 1, l'illusion du provisoire*, Éditions Raisons d'agir, collection Cours et travaux Edition, Paris.

— 2006b *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité : 2, Les enfants illégitimes*, Éditions Raisons d'agir, collection Cours et travaux Edition, Paris.

**Scott Joan** 1988 'Genre : une catégorie utile d'analyse historique', *Cahiers genre et développement*: 41-67.

**Selik R. M., Castro K. G. et Pappaioanou M.** 1988a 'Distribution of AIDS cases, by racial/ethnic group and exposure category, United States, June 1, 1981-July 4, 1988', *MMWR CDC Surveill Summ* 37(3): 1-10.

— 1988b 'Racial/ethnic differences in the risk of AIDS in the United States', *Am J Public Health* 78(12): 1539-45.

**Selik R. M., Castro K. G., Pappaioanou M. et Buehler J. W.** 1989 'Birthplace and the risk of AIDS among Hispanics in the United States', *Am J Public Health* 79(7): 836-9.

**Shabou Amina** 1991 'L'objet social sida : représentations et comportements des femmes maghrébines vivant en France': Conseil National du Sida.

**Simon Patrick** 2002 'La catégorisation statistique des "immigrés". Analyse des inégalités et lutte contre les discriminations', *Sida, immigration et inégalités*: 15-31.

— 2007 'L'enjeu des statistiques dans la connaissance des discriminations', *Idées*(147): 15-23.

**Simoni Vanessa** 2010 'Territoires et enjeux de pouvoir de la traite à des fins d'exploitation sexuelle: le cas de Paris', *Hérodote*(136): 134-149.

**Spira Alfred, Bajos Nathalie et le-Groupe-ACSF** 1993 *Les comportements sexuels en France*, Paris: La documentation française.

**Spivak Gayatri** 1988 'Can the Subaltern Speak ?', in C. Nelson and L. Grossberg (eds) *Marxism and the Interpretation of Culture*, Chicago University of Illinois Press.

**St Lawrence J. S.** 1993 'African-American adolescents' knowledge, health-related attitudes, sexual behavior, and contraceptive decisions: implications for the prevention of adolescent HIV infection', *J Consult Clin Psychol* 61(1): 104-12.

**Steiner B. D., Shields C. G., Noble G. L. et Bayer W. H.** 1994 'Associations with high-risk sexual behavior: a survey of young men of color attending urban youth centers', *J Am Board Fam Pract* 7(3): 189-95.

**Streiff-Fenard Jacqueline** 1989 *Les couples franco-maghrébins*, Paris: L'Harmattan.

**Tabet Paola** 2004 *La grande arnaque. Sexualité des femmes et échange économique-sexuel*, Paris: L'Harmattan.

**Todd Emmanuel** 1994 *Le destin des immigrés* Paris: Odile Jacob.

**Tribalat Michèle** 1995 *Faire France : une grande enquête sur les immigrés et leurs enfants* Paris: La Découverte.

— 1996 *De l'immigration à l'assimilation : enquête sur les populations d'origine étrangère en France*, Paris: La Découverte.

- Valin N., Lot F., Larsen C., Gouëtzel P., Blanchon T. et Laporte A.** 2004 'Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prise en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France': 56.
- van Veen M. G., Kramer M. A., Op de Coul E. L., van Leeuwen A. P., de Zwart O., van de Laar M. J., Coutinho R. A. et Prins M.** 2009 'Disassortative sexual mixing among migrant populations in The Netherlands: a potential for HIV/STI transmission?', *AIDS Care* 21(6): 683-91.
- van Veen M. G., Schaalma H., van Leeuwen A. P., Prins M., de Zwart O., van de Laar M. J. et Hospers H. J.** 2011 'Concurrent partnerships and sexual risk taking among African and Caribbean migrant populations in the Netherlands', *Int J STD AIDS* 22(5): 245-50.
- Varro Gabrielle** 2003 *Sociologie de la mixité. De la mixité amoureuse aux mixités sociales et culturelles*, France: Belin.
- Velter Annie** 2007 'Rapport Enquête Presse Gay 2004', Saint-Maurice: ANRS, InVS.
- Warner William Llyod et Srole Leo** 1945 *The social systems of american ethnic groups*, Vol. 3, New Haven and London: Yale University Press.
- Watkins K. E., Metzger D., Woody G. et McLellan A. T.** 1992 'High-risk sexual behaviors of intravenous drug users in- and out-of-treatment: implications for the spread of HIV infection', *Am J Drug Alcohol Abuse* 18(4): 389-98.
- Weber Serge** 2006 'Liens intimes, liens utiles ? Les avatars de la sexualité au cours de trajectoires migratoires féminines', *Migrance*(27).
- Wellings Kaye, Collumbien Martine, Slaymaker Emma, Singh Susheela, Zoé Hodges, Patel Dhaval et Bajos Nathalie** 2006 'Sexual behaviour in context: a global perspective', *Lancet* 368(9549): 1016-1040.
- Wiggers L. C., de Wit J. B., Gras M. J., Coutinho R. A. et van den Hoek A.** 2003 'Risk behavior and social-cognitive determinants of condom use among ethnic minority communities in Amsterdam', *AIDS Educ Prev* 15(5): 430-47.
- Wittig Monique** 1992 *The Straight Mind and Other Essays*, Boston: Beacon Press.
- Xiridou M., van Veen M., Coutinho R. et Prins M.** 2010 'Can migrants from high-endemic countries cause new HIV outbreaks among heterosexuals in low-endemic countries?', *Aids* 24(13): 2081-8.
- Zhou Min** 1997 'Segmented Assimilation: Issues, Controversies, and Recent Research on the New Second Generation', *International Migration Review* 31(4): 975-1008.
- Zoungrana Cécile Marie, Ouédraogo Idrissa et Marcoux Richard** 2007 'L'émancipation des Africaines par l'école : mythe ou réalité?', in Ined (ed) *Genre et sociétés en Afrique. Implications pour le développement*, Paris.

## LISTE DES ILLUSTRATIONS

## **LISTE DES ILLUSTRATIONS**

---



## LISTE DES ILLUSTRATIONS

## LISTE DES FIGURES

---

Figure 3-1 – Évolution des références comprenant les termes "sexual behavior" et "groupes minoritaires", par période.....	122
Figure 3-2 – Évolution de la part des références comprenant les termes "sexual behavior" et "groupes minoritaires" par rapport à l'ensemble des références comprenant le terme « sexual behavior », par période.....	122
Figure 3-3 – Évolution de la part des références comprenant le terme « sexual behavior », par période.....	123
Figure 3-4 – Occurrence de quelques mots-clés significatifs dans la base bibliographique	129
Figure 3-5 – Répartition des mots-clés « risk-taking », « cultur* », « poverty » et « gender », par période.....	130
Figure 5-1– Évolution de l'utilisation d'une méthode de protection selon l'année du premier rapport sexuel, hommes .....	200
Figure 5-2 – Évolution de l'utilisation d'une méthode de protection selon l'année du premier rapport sexuel, femmes .....	200
Figure 5-3 – Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel, selon les profils d'entrée dans la sexualité, hommes.....	203
Figure 5-4 – Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel, selon les profils d'entrée dans la sexualité, femmes.....	203
Figure 6-1 – Proportion de personnes dont le partenaire actuel est né dans le même pays selon le profil d'entrée dans la sexualité, par sexe .....	243
Figure 6-2 – Origine géographique du partenaire actuel, par sexe .....	247
Figure 6-3 – Origine géographique du partenaire selon le statut de cohabitation, par sexe.	253
Figure 7-1 – Nombre et temporalité des relations au cours des 12 derniers mois, par sexe	279
Figure 7-2 – L'origine géographique des partenaires des personnes ayant déclaré deux partenaires en même temps au cours des douze derniers mois, par sexe .....	281
Figure 7-3 – Une mixité qui diminue avec l'engagement, par sexe.....	283
Figure 7-4 – Utilisation d'une méthode de contraception au moment de l'enquête, par statut de cohabitation et par sexe .....	285

## LISTE DES ILLUSTRATIONS

## LISTE DES TABLEAUX

---

Tableau 1-1 – Situation du sida en France au 1 <sup>er</sup> janvier 1984 .....	37
Tableau 1-2 – Situation du sida en France au 30 juin 1985 .....	38
Tableau 1-3 – Situation du sida en France au 30 juin 1986 .....	39
Tableau 1-4 – Situation du sida en France au 30 juin 1987 .....	40
Tableau 1-5 – Situation du sida en France au 30 juin 1989 .....	43
Tableau 1-6 – Situation du sida en France au 31 mars 1990.....	44
Tableau 1-7 – Situation du sida en France au 31 décembre 1990.....	46
Tableau 1-8 – Situation du sida en France au 31 décembre 1994.....	52
Tableau 1-9 – Situation du sida en France au 31 décembre 1997.....	61
Tableau 1-10 – Situation du sida en France au 30 septembre 2001 .....	69
Tableau 2-1 – Comparaison de l'échantillon de l'enquête KABP migrants avec les données du recensement.....	103
Tableau 3-1 – Répartition des 1640 références sélectionnées sur <i>Pubmed</i> , par catégories .	119
Tableau 3-2 – Répartition des références sur les groupes minoritaires et sur la sexualité parmi les références sur le VIH/sida .....	120
Tableau 4-1 – Âge médian au premier rapport sexuel en fonction des caractéristiques socioculturelles, par sexe .....	171
Tableau 4-2 – Âge médian au premier rapport sexuel en fonction des caractéristiques relationnelles, par sexe.....	172
Tableau 4-3 – Circonstances d'entrée dans la sexualité selon les profils, par sexe .....	176
Tableau 4-4 – Facteurs associés au fait d'avoir vécu le premier rapport sexuel avant 18 ans (profil 1), par sexe.....	178
Tableau 4-5– Facteurs associés au fait d'avoir vécu le premier rapport sexuel avant 19 ans (profil 2), par sexe.....	182
Tableau 5-1 – Utilisation du préservatif selon la période du premier rapport sexuel, par profils d'entrée dans la sexualité et par sexe.....	206
Tableau 5-2 – Caractéristiques associées à l'utilisation du préservatif selon le lieu du rapport sexuel, hommes.....	210
Tableau 5-3 – Caractéristiques associées à l'utilisation du préservatif selon le lieu du rapport sexuel, femmes.....	211

Tableau 5-4 – Interaction entre le contexte social du premier rapport et les déterminants de l'utilisation du préservatif, par sexe .....	213
Tableau 5-5 – Nombre de partenaires au cours des douze derniers mois en fonction de l'âge au premier rapport sexuel, par sexe et par lieu du rapport sexuel .....	218
Tableau 5-6 – Utilisation actuelle d'une méthode contraceptive selon l'utilisation au premier rapport sexuel, par sexe et par lieu du rapport sexuel .....	219
Tableau 6-1 – Caractéristiques socioculturelles et économiques selon l'origine géographique du partenaire actuel, par sexe .....	244
Tableau 6-2 – Caractéristiques socioculturelles et économiques selon l'origine géographique du partenaire actuel, par sexe .....	248
Tableau 6-3 – Écart d'âge avec le partenaire, par statut de cohabitation et par sexe .....	256
Tableau 6-4 – Statut d'emploi des partenaires, par statut de cohabitation et par sexe .....	257
Tableau 6-5 – Facteurs associés au fait que l'homme ait minimum cinq ans de plus que la femme.....	258
Tableau 6-6 – Facteurs associés au fait que seul l'homme travaille .....	259
Tableau 7-1 – Pratiques préventives actuelles, selon le statut de cohabitation, par sexe .....	286
Tableau 7-2 – Pratiques préventives actuelles avec le partenaire principal, selon le statut de cohabitation et le nombre de partenaires sexuels (12 mois) et par sexe.....	288
Tableau 7-3 – Utilisation du préservatif avec les deux partenaires parmi les personnes ayant déclaré deux partenaires au cours des douze derniers mois, par statut de cohabitation avec le partenaire principal et par sexe.....	290
Tableau 7-4 – Caractéristiques associées à l'utilisation du préservatif, relations cohabitantes, par sexe.....	292
Tableau 7-5 – Caractéristiques associées à l'utilisation du préservatif, relations non cohabitantes, par sexe.....	293

## LISTE DES ENCADRÉS ET DES SCHÉMAS

---

Encadré 1 – L’origine géographique dans la statistique publique en France .....	34
Encadré 2 – Le système de surveillance du VIH/sida en 2003 .....	71
Encadré 3 – Les migrants d’Afrique subsaharienne dans les enquêtes sur le VIH/sida en France (2002-2004).....	73
Encadré 4 – KABP migrants : une enquête aléatoire en face-à-face.....	95
Encadré 5 – Méthodologie de la recherche bibliographique.....	118
Encadré 6 – Race, ethnicité et groupes minoritaires .....	141
Encadré 7 – Les usages du terme « genre » dans le contexte français .....	145
Encadré 8 – Analogie, articulation et intersection des rapports sociaux de pouvoir.....	149
Encadré 9 – Variables disponibles pour décrire le premier rapport sexuel.....	166
Encadré 10 – Les évolutions de la définition du couple mixte dans le recensement .....	238
Encadré 11 – Mixité et multipartenariat.....	273
Schéma 1 – Structure du questionnaire.....	90
Schéma 2 – Profils d’entrée dans la sexualité.....	168



## **PRODUCTIONS SCIENTIFIQUES**

---





## ARTICLES

---

Marsicano Elise, Lydié Nathalie, Bajos Nathalie. (2011) *Genre et migration : l'entrée dans la sexualité des migrants d'Afrique subsaharienne en France*. *Population-F*, 66 (2), 313-342

Marsicano Elise, Lydié Nathalie, Bajos Nathalie. (2011) *Gender and migration: the sexual debut of sub-Saharan migrants in France*. *Population-E*, 66 (2), 275-302

Delanoe Daniel, Hajri Selma, Bachelot Annie, Mahfoudh Draoui Dora, Hassoun Danièle, Marsicano Elise, Ringa Virginie. (2012). *Class, gender and culture in the experience of menopause. A comparative survey in Tunisia and France*. *Soc Sci Med*, 401-409

Marsicano Elise. (2010) « *Rapport sur l'homophobie 2010*, Paris, SOS-Homophobie, 2010, 178 p. et *Rapport de l'enquête sur la lesbophobie*, Paris, SOS-Homophobie, 2008, 240 p.», in *Bibliographie critique coordonnée par Christelle Hamel et Magali Mazuy. Connaissance, mesure et visibilité des violences fondées sur le genre*, *Population-F*, 65 (4), 846-548

## COMMUNICATIONS

---

- **Avec sélection par un comité scientifique**

Marsicano Elise. *Racial discrimination and gender relations : patterns of unions formation of Sub-Saharan African migrants living in France*. European Population Conference, Stockholm, juin 2012

Marsicano Elise. *Migration, hétérogamie géographique et rapports de genre. L'exemple des personnes migrantes d'Afrique subsaharienne en France*. Association Française de Sociologie, Grenoble, juillet 2011

Marsicano Elise. *Sexual mixing patterns and sexual risk among Sub-Saharan African migrants in France : a gender analysis*. 20th World Congress for Sexual Health, Glasgow, UK, juin 2011 (Poster)

- **Sans sélection par un comité scientifique**

Marsicano Elise. *Les migrants d'Afrique subsaharienne et l'épidémie de VIH/sida en France : l'émergence d'une question de santé publique (1982-2004)*. La santé des migrants : enjeux sociaux et politiques, Amiens, mars 2012

Marsicano Elise. *Les trajectoires sexuelles et préventives des migrant-e-s d'Afrique subsaharienne en France*. Journées scientifiques du Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP), Villejuif, novembre 2011

Marsicano Elise. *Du "groupe à risque" aux réseaux sexuels : les personnes migrantes d'Afrique subsaharienne en France face au VIH/sida*. Lundis de l'Ined, séminaire démodynamique. Paris, juin 2010

Marsicano Elise. *Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en France face au VIH/sida*. Séminaire du réseau jeunes chercheurs sciences sociales et sida, recherches contemporaines sur la sexualité au temps du sida. Pantin, juin 2010



## ARTICLE – GENRE ET MIGRATION : L'ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ DES MIGRANTS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE EN FRANCE

---



Elise MARSICANO\* °, Nathalie LYDIÉ<sup>◇</sup>, Nathalie BAJOS<sup>°</sup> \*\*

---

### Genre et migration : l'entrée dans la sexualité des migrants d'Afrique subsaharienne en France

*Pour les immigrants, la venue en France peut constituer une rupture dans leur trajectoire affective et sexuelle. Beaucoup arrivent déjà adultes, mais une part non négligeable d'entre eux migrent plus jeunes ou débutent leur vie sexuelle après la migration. Les questions de sexualité sont rarement abordées dans les enquêtes auprès des immigrants, si ce n'est sous l'aspect de la santé sexuelle. Les comportements sexuels, et notamment le contexte des premiers rapports sexuels, constituent pourtant des révélateurs des relations d'inégalités entre les hommes et les femmes. À partir d'une enquête réalisée en Île-de-France dans des lieux ouverts, Elise MARSICANO, Nathalie LYDIÉ et Nathalie BAJOS analysent les caractéristiques du premier rapport sexuel de migrants originaires d'Afrique subsaharienne. Elles examinent notamment les calendriers d'entrée dans la sexualité, les écarts d'âge entre partenaires et le degré de consentement de ce premier rapport sexuel, selon que ce rapport a précédé ou suivi la migration et selon l'âge à la migration. Elles montrent en particulier la grande hétérogénéité des histoires des immigrants à cet égard. Pour ceux arrivés avant l'âge de 10 ans, les modalités d'entrée dans la sexualité sont proches de celles de la population non migrante.*

Les recherches sur les rapports de genre et leur recomposition en contexte migratoire ont connu un essor important ces dernières années (Catarino et Morokvasic, 2005 ; Dahinden *et al.*, 2007 ; Rigoni et Séhili, 2005). Certains travaux ont montré que la migration ne constituait pas toujours un facteur de progrès et d'émancipation pour les femmes, les conditions de vie dans les pays d'émigration pouvant notamment exacerber les inégalités entre les sexes

---

\*Université Paris-Sud 11.

° Institut national de la santé et de la recherche médicale, Inserm-CESP U1018.

◇ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

\*\* Institut national d'études démographiques.

Correspondance : Elise Marsicano, Inserm-CESP U1018, 82 rue du Général Leclerc, 94276 Le Kremlin-Bicêtre Cedex, tel : 33 (01) 49 59 56 62, courriel : elise.marsicano@inserm.fr

■ E. MARSICANO, N. LYDIÉ, N. BAJOS

(Catarino et Morokvasic, 2005 ; Falquet et Rabaud, 2008 ; Moujoud, 2008). Au-delà de l'opposition supposée entre la tradition des sociétés d'origine et la modernité des sociétés d'accueil, les pays d'origine connaissent des transformations concernant les relations entre les sexes (Moujoud, 2008) tandis qu'en France, les inégalités entre les hommes et les femmes persistent même si elles se reconfigurent différemment (Maruani, 2005).

Peu de recherches se sont intéressées aux trajectoires affectives et sexuelles des personnes migrantes, bien que le champ de la sexualité constitue une sphère d'observation privilégiée de la manière dont se structurent et se recomposent les rapports de genre (Bajos et Bozon, 2008). L'intériorisation et l'expression des rapports de genre se manifestent dès l'entrée dans la sexualité et le premier rapport sexuel constitue un révélateur de la socialisation différenciée selon que l'on naît garçon ou fille (Bozon, 1993). Si l'asymétrie des situations masculines et féminines lors de l'entrée dans la sexualité est observée dans toutes les sociétés, elle ne se construit pas de la même manière selon les contextes (Bozon, 2003 ; Wellings *et al.*, 2006).

Pour les personnes qui ont migré, le contexte dans lequel se déroule le premier rapport sexuel peut être différent du contexte de socialisation pendant l'enfance et l'adolescence. Les migrants d'Afrique subsaharienne présentent une situation exemplaire, tant les conditions d'entrée dans la sexualité sont différentes dans leur pays d'origine et en France. En Afrique subsaharienne, les femmes commencent leur vie sexuelle plus tôt que les hommes et les écarts d'âge entre partenaires sont importants (Bozon et Hertrich, 2001 ; Wellings *et al.*, 2006) ; les évolutions récemment observées se traduisent par un report de l'entrée en nuptialité par rapport à l'entrée en sexualité, notamment pour les femmes (Hertrich, 2007). En France, les conditions du premier rapport sexuel ont beaucoup évolué au cours des dernières décennies, même si elles témoignent toujours d'une asymétrie entre les sexes (Bozon, 2008).

En analysant les caractéristiques du premier rapport sexuel de personnes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne, nous souhaitons mettre à jour l'impact des trajectoires migratoires des femmes et des hommes sur leurs premières expériences sexuelles, ainsi que les éventuelles transformations des relations de domination dans la sexualité après la migration. Pour cela, nous nous appuyons sur une enquête menée en 2005 auprès de 1 874 personnes migrantes d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France. Après avoir décrit l'enquête et les variables utilisées, nous présenterons les caractéristiques de la population enquêtée. Puis nous décrirons succinctement les caractéristiques du premier rapport sexuel en tenant compte des ressources individuelles et relationnelles. Enfin, trois profils d'entrée dans la sexualité seront analysés en fonction des caractéristiques des trajectoires migratoires. Une attention particulière sera portée aux situations qui rapprochent ou au contraire distinguent les expériences féminines et masculines.

■ 314

## I. Une enquête sur les migrants d'Afrique subsaharienne en Île-de-France face au VIH/sida

En France, les populations migrantes d'Afrique subsaharienne sont très touchées par le VIH/sida (Cazein *et al.*, 2008 ; Le Vu *et al.*, 2009 ; Le Vu *et al.*, 2010). L'objectif de l'enquête *KABP-migrants (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices)* était de caractériser le niveau de connaissance du VIH/sida de ces populations, les attitudes et opinions à l'égard du VIH/sida et du préservatif, la perception du risque et de la maladie, ainsi que les modes d'adaptation au risque (Lydié, 2007).

### Encadré 1. Une enquête aléatoire en face-à-face

Pour constituer la base de sondage, les communes d'Île-de-France de plus de 5 000 habitants ont été réparties en trois strates en fonction du pourcentage de personnes immigrées d'Afrique subsaharienne dans leur population (plus de 6 % ; 4 % à 6 % ; 2 % à 4 %). Afin d'avoir une multiplicité et une bonne dispersion des points d'enquête, 50 communes ont été tirées au sort, de manière proportionnelle à l'importance relative de la strate.

L'enquête a été conduite en lieux ouverts à partir de sites d'enquêtes fixes (station de transport urbain, marché, bureau de poste, centre commercial), choisis pour leur capacité à drainer des populations différentes. Un circuit d'enquête reliait les différents sites. Afin de tenir compte de la densité différentielle de la population immigrée africaine dans les communes, une durée de présence inversement proportionnelle à cette densité était à respecter sur chaque site (2 h si > 6 % ; 3 h si 4-6 % ; 4 h si 2-4 %). Les personnes interrogées étaient sélectionnées de manière aléatoire à partir des points d'enquête dans les cinquante communes tirées au sort. Les enquêteurs sollicitaient les personnes potentiellement éligibles, c'est-à-dire des personnes noires<sup>(a)</sup>. Si celles-ci acceptaient de participer, les enquêteurs leur demandaient leur pays de naissance. Étaient retenues comme éligibles les personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne, vivant en Île-de-France et âgées de 18 à 49 ans.

Le recueil des données a été assuré par 42 enquêteurs originaires de pays d'Afrique subsaharienne. Les enquêteurs ont reçu une formation de deux jours dispensée par l'équipe de BVA et les responsables de l'enquête à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Sur le terrain, ils ont travaillé en binôme (une femme, un homme). Les enquêteurs ont interrogé les hommes ; les enquêtrices, les femmes. À l'issue du questionnaire, l'enquêteur remettait à la personne interrogée une carte téléphonique et un document de prévention. En cas de questions relatives au VIH, la personne était orientée vers Sida info service.

Les enquêteurs avaient pour consigne de relever l'ensemble des contacts n'ayant pas donné lieu à la passation d'un questionnaire. Sur les 14 164 contacts établis, 9 901 (70 %) concernaient des personnes éligibles. Parmi celles-ci, 2 079 (21 %) ont accepté de répondre. En cours de passation, 138 questionnaires ont donné lieu à un abandon. Après vérification, 67 questionnaires ont été écartés car ils étaient mal remplis, ce qui porte à 1 874 le nombre de questionnaires complets.

(a) Les personnes métisses n'ont pas été sollicitées car ne faisant pas partie de la population cible.

■ E. MARSICANO, N. LYDIÉ, N. BAJOS

L'enquête a été réalisée en Île-de-France<sup>(1)</sup>, première région de résidence des populations originaires d'Afrique subsaharienne (Insee, 2005) et première région métropolitaine touchée par le VIH/sida (Cazein *et al.*, 2008). Les personnes ont été interviewées en face-à-face entre juin et juillet 2005 (encadré 1). Une enquête-pilote avait été réalisée en mai 2005 pour s'assurer de la compréhension du questionnaire et de la faisabilité de l'enquête. L'échantillon de l'enquête finale comprend 973 femmes et 901 hommes nés en Afrique subsaharienne, âgés de 18 à 49 ans et vivant en Île-de-France.

L'enquête ayant eu lieu en Île-de-France, les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population africaine vivant en France, même si cette région concentre 60 % des migrant.e.s africain.e.s. En outre, le questionnaire a été passé en français, ce qui a pu conduire à surreprésenter les personnes ayant une bonne maîtrise du français ainsi que celles originaires d'Afrique francophone.

Le choix d'enquêteurs d'origine africaine répondait à la volonté de faciliter un recrutement qui se déroulait dans la rue. Des recherches ont en effet montré que le fait de recourir à des enquêteurs de même origine que les enquêtés permettait d'augmenter la participation (Elam et Fenton, 2003 ; McLean et Campbell, 2003). Mais cet avantage peut se transformer en handicap lors de la passation du questionnaire, qu'il s'agisse de la difficulté à critiquer des normes culturelles et à admettre des valeurs ou comportements différents, ou des craintes concernant l'anonymat et la confidentialité (Elam et Fenton, 2003). Pour limiter ces risques, les enquêteurs n'ont pas été envoyés dans leurs communes de résidence afin d'éviter qu'ils ne rencontrent des personnes de leur entourage. En outre, ces enquêteurs étaient tous des enquêteurs professionnels ayant reçu une formation spécifique pour travailler sur cette enquête.

Alors que les enquêtes auprès des migrants privilégient, pour des raisons de faisabilité, des échantillons de convenance (Gras *et al.*, 1999 ; Sadler *et al.* 2006 ; van Veen *et al.*, 2009), cette enquête s'est appuyée sur un recrutement aléatoire (Lydié, 2007 ; Lydié *et al.*, 2008). Les points d'enquêtes étaient des lieux dans lesquels les personnes originaires d'Afrique subsaharienne étaient susceptibles de se trouver au même titre que d'autres personnes, et non des lieux communautaires qui auraient pu conduire à des biais de sélection importants (McLean et Campbell, 2003). Les personnes qui fréquentent peu ces lieux, et en particulier celles qui sortent peu de chez elles, sont vraisemblablement sous-estimées dans l'enquête, même s'il est difficile d'estimer les biais liés à ce phénomène. S'agissant du taux de refus très élevé, nous savons seulement que les personnes ont très majoritairement refusé avant de connaître le sujet de l'enquête, arguant le plus souvent du manque de temps.

(1) L'Île-de-France compte 12 millions d'habitants (soit 20 % de la population française) dont la majorité vit à Paris et dans son agglomération. La part de personnes immigrées dans sa population (15 %) en fait la première région de résidence des immigrés vivant en France.

■ 316

Dans l'échantillon final, il a été observé une surreprésentation des personnes jeunes, diplômées et arrivées récemment, et ce dans des proportions équivalentes pour les hommes et les femmes. C'est ce qu'a montré la comparaison – faite par l'Insee – entre les données recueillies dans l'enquête et celles du recensement (2004-2005) pour les personnes immigrées d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France (Lydié, 2007). Étant donné que les personnes arrivées depuis le début des années 1980 sont plus jeunes et plus diplômées que les personnes des migrations antérieures (Barou, 2002), cette enquête surreprésente vraisemblablement les migrants les plus récents. En revanche, la répartition par pays de naissance n'est pas significativement différente de celle observée dans le recensement : les personnes interrogées proviennent dans des proportions semblables à celle du recensement des six premiers pays d'émigration vers la France (Cameroun, Côte d'Ivoire, Congo, Mali, République démocratique du Congo, Sénégal) ; ces six pays représentent 60 % de l'échantillon (Lydié, 2007).

Cette méthodologie a ainsi permis d'interroger une population diversifiée en termes de conditions de vie et de parcours migratoires. La part de personnes en situation irrégulière sur le territoire français (11 %) est équivalente à celle estimée dans la population des migrants africains vivant en France (Lessault et Beauchemin, 2009). Le fait que des personnes en situation irrégulière aient accepté non seulement de participer à l'enquête mais également de dévoiler leur situation administrative, semble attester que les procédures de confidentialité et d'anonymat ont été bien comprises. De même, la faiblesse des taux de non-réponse (inférieurs à 1 %), y compris pour des questions considérées comme sensibles telles que la religion, le statut administratif ou le fait d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie, semble indiquer que les enquêtés se sont sentis en confiance.

### *Des données inédites sur la sexualité des migrants africains*

Cette enquête présente des données inédites sur les comportements sexuels de migrant.e.s d'Afrique subsaharienne en France<sup>(2)</sup>. La sexualité y est abordée dans la mesure où elle permet d'éclairer les questions de risque de transmission de VIH/sida (encadré 2). Cette vision épidémiologiste de la sexualité n'est pas propre aux recherches sur les populations immigrées (Calvez, 2004). Mais, alors que les recherches sur la sexualité s'en sont progressivement autonomisées (Bajos et Bozon, 2008 ; Hamel, 2006), c'est par le prisme du sida que les

(2) En France, les enquêtes sur les migrants sont récentes, et la sexualité n'y constitue pas un enjeu central. La dernière enquête sur les migrants et leurs descendants, *Trajectoires et origines* (2008), ne comporte pas de question sur la sexualité. Quant à la dernière enquête sur la sexualité en population générale, *Contexte de la sexualité en France* (2006), elle comporte peu de personnes migrantes en raison de leur faible part dans la population française. L'enquête *Parcours*, coordonnée par Anabel Desgrées du Loû, sera l'occasion de recueillir des données biographiques sur des personnes migrantes d'Afrique subsaharienne en Île-de-France, et notamment sur leurs pratiques sexuelles et préventives. Cette enquête a en effet pour objectif d'étudier la prévention sexuelle, l'accès au dépistage et à la prise en charge, ainsi que les conditions de vie avec la maladie de ces migrants.



comportements sexuels des personnes migrantes continuent d'être abordés dans les rares études existantes, en France comme dans d'autres pays (Fenton *et al.*, 2005 ; Kesby *et al.*, 2003 ; Lert *et al.*, 2002 ; Sadler *et al.*, 2007).

### Encadré 2. Variables disponibles pour décrire le premier rapport sexuel

Pour analyser les conditions d'entrée dans la sexualité, nous disposons de peu de questions dans l'enquête, outre l'âge du répondant et de son/sa partenaire<sup>(a)</sup> – qui permettent de calculer par différence l'écart d'âge entre partenaires lors du premier rapport sexuel – ainsi que le sexe de ce/cette partenaire<sup>(b)</sup>. Enfin, une question était posée sur le consentement du rapport sexuel (souhaité, non souhaité mais accepté, forcé). La formulation était la suivante : « Ce premier rapport sexuel était quelque chose... (1) que vous souhaitiez à ce moment-là ; (2) que vous avez accepté mais que vous ne souhaitiez pas vraiment ; (3) que vous avez été forcé de faire contre votre volonté ». Le taux de non-réponse à cette question a été de 2,2 % (N = 17) pour les hommes et de 0,5 % (N = 4) pour les femmes.

Les parcours migratoires ont été appréhendés à travers l'année d'arrivée, l'âge à la migration et la raison principale de la venue en France. Les personnes ont pu vivre dans un autre pays que leur pays de naissance avant l'arrivée en France (c'est le cas de 14 % des hommes et 10 % des femmes de l'enquête) et ont pu faire des allers-retours depuis leur première migration en France. Néanmoins, l'âge à la migration constitue un bon indicateur des parcours migratoires que l'on peut croiser avec les raisons de la migration en France. Le motif principal de migration a été classé en cinq catégories : rejoindre un conjoint ou un membre de sa famille, faire des études, chercher un travail, raisons politiques, raisons médicales. Entre les raisons qui ont pu servir à l'obtention d'un titre de séjour, la reconstruction *a posteriori* en fonction des parcours migratoires et le fait que bien souvent ce sont plusieurs raisons qui ont présidé à la décision de migrer, cette variable est extrêmement composite. En outre, la migration pour rejoindre sa famille recouvre des réalités diverses selon l'âge à la migration et le sexe ; les hommes et les femmes qui ont migré jeunes ont rejoint leurs parents, alors que les femmes qui ont migré plus tardivement ont en grande majorité rejoint leur conjoint.

Une variable sur la chronologie entre le premier rapport sexuel et la migration en France (rapport sexuel avant/après la migration en France) a été construite par différence entre l'âge déclaré à la migration en France et l'âge déclaré au premier rapport sexuel. Pour certaines personnes, le premier rapport sexuel – bien qu'ayant eu lieu après la migration – a pu se dérouler dans le pays d'origine de la personne ou dans un autre pays que la France. Les premiers rapports sexuels qui ont lieu la même année que la migration – situation qui concerne 76 personnes, soit 5 % de l'échantillon – ont été classés après la migration, considérant que le projet de migration était déjà engagé, même si la personne n'avait pas encore migré.

(a) Aucune autre information n'est disponible sur le premier partenaire et sur sa relation avec l'enquêté.e (époux, petit ami...).

(b) Nous avons exclu des analyses celles et ceux, peu nombreux, qui avaient eu un premier rapport sexuel avec quelqu'un du même sexe (N = 6).

Les variables décrivant les calendriers d'entrée dans la sexualité et les parcours migratoires permettent de comparer les situations des femmes et des hommes, et d'identifier des trajectoires de vie différenciées. Les indicateurs relatifs aux écarts d'âge entre partenaires et au consentement du rapport sexuel permettent d'identifier les rapports de pouvoir entre les partenaires au sein d'une relation.

Nous avons distingué trois profils d'entrée dans la sexualité en fonction des trajectoires migratoires. Ces profils permettent de distinguer le contexte de socialisation sexuelle – lieu dans lequel la personne a vécu durant l'enfance et l'adolescence – du contexte social du premier rapport sexuel. En effet, le rôle des socialisations scolaire et religieuse n'est pas identique selon que les personnes ont principalement vécu dans leur pays de naissance ou en France. Quant au contexte du premier rapport sexuel, il peut modifier les relations entre partenaires et la négociation des relations sexuelles. Pour construire ces profils, nous avons tenu compte de l'âge à la migration en France – qui informe sur les conditions de la migration et sur le contexte de socialisation sexuelle – et de la chronologie entre le premier rapport sexuel et la migration en France – qui indique dans quel contexte a eu lieu le premier rapport sexuel. Les trois profils concernent :

- les personnes dont le premier rapport sexuel s'est déroulé avant la migration. La socialisation sexuelle et l'entrée dans la sexualité ont eu lieu dans le pays d'origine (profil 1) ;
- les personnes qui ont migré après l'âge de 10 ans et qui ont vécu leur entrée dans la sexualité après la migration. Dans ce cas, la socialisation sexuelle est partiellement antérieure à la migration alors que le rapport sexuel lui est postérieur (profil 2) ;
- les personnes qui ont migré avant l'âge de 10 ans et qui ont commencé leur vie sexuelle après la migration. Ces personnes ont été socialisées majoritairement après la migration (profil 3).

Pour comparer les fréquences observées entre les groupes ainsi que les médianes, nous avons utilisé le  $\chi^2$  de Pearson. Des régressions logistiques ont été menées afin d'identifier les facteurs associés au fait d'avoir eu un premier rapport sexuel avant l'âge médian au premier rapport sexuel (avant 18 ans pour le profil 1, avant 19 ans pour le profil 2). Nous n'avons pas mené de régression logistique dans le troisième profil en raison de la faiblesse des effectifs.

## II. Des migrations récentes

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques et migratoires de la population enquêtée a montré que l'échantillon constitué est surtout représentatif des migrations récentes – celles qui ont démarré à la fin des années 1970 – et peu des migrations plus anciennes. Près de 95 % des personnes interrogées dans l'enquête ont migré après 1980. À cette période, la composition de la migration africaine change, avec d'une part l'arrivée des épouses dans le cadre du regroupement familial, et d'autre part une diversification des pays d'origine

**Tableau 1. Caractéristiques sociales et migratoires de la population enquêtée, par sexe**

	Hommes		Femmes		Total		Écart H-F p-value
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	
<b>Âge à l'enquête</b>							
18-24 ans	22,5	200	33,0	317	27,9	517	0,000
25-34 ans	44,0	392	38,8	373	41,3	765	
35-49 ans	33,5	298	28,2	272	30,8	570	
Total	100,0	890	100,0	962	100,0	1 852	
<b>Niveau d'études</b>							
Primaire maximum	8,4	74	8,2	78	8,4	152	0,005
Secondaire	34,7	306	42,0	401	38,5	707	
Supérieur	56,9	501	49,8	476	53,2	977	
Total	100,0	881	100,0	955	100,0	1 836	
<b>Religion actuelle</b>							
Catholique	30,8	272	45,0	432	38,2	704	0,000
Protestante	15,3	135	16,2	156	15,8	291	
Musulmane	45,1	398	32,0	307	38,2	705	
Autre religion	2,7	24	3,0	29	2,9	53	
Pas de religion	6,0	53	3,9	37	4,9	90	
Total	100,0	882	100,0	961	100,0	1 843	
<b>Pratique actuelle de la religion</b>							
Pratique régulière	50,5	445	47,0	451	48,7	896	0,014
Pas de pratique régulière	49,5	436	53,0	508	51,3	944	
Total	100,0	881	100,0	959	100,0	1 840	
<b>Région de naissance</b>							
Afrique de l'Ouest	60,3	537	58,6	564	59,5	1 101	0,410
Afrique centrale	32,9	293	35,6	342	34,3	635	
Afrique de l'Est et australe	6,7	60	5,8	56	6,3	116	
Total	100,0	890	100,0	962	100,0	1 852	
<b>Année d'arrivée en France</b>							
Jusqu'en 1989	22,4	197	26,4	251	24,5	448	0,089
Entre 1990 et 1999	34,6	304	34,6	329	34,6	633	
Depuis 2000	43,0	378	39,0	370	40,9	748	
Total	100,0	879	100,0	950	100,0	1 829	
<b>Âge à la migration en France</b>							
Avant 10 ans	8,3	73	13,4	127	10,9	200	0,000
10-14 ans	7,5	66	12,6	120	10,2	186	
15-19 ans	20,5	180	24,7	235	22,7	415	
20 ans et plus	63,7	560	49,3	468	56,2	1 028	
Total	100,0	879	100,0	950	100,0	1 829	
<b>Raison principale de la venue en France</b>							
Rejoindre un conjoint ou un membre de sa famille	19,1	168	43,7	412	31,8	580	0,000
Faire des études	39,3	346	36,1	340	37,7	686	
Chercher un travail	27,5	242	11,0	104	19,0	346	
Raisons politiques	12,4	109	5,5	52	8,8	161	
Raisons médicales	1,7	15	3,6	34	2,7	49	
Total	100,0	880	100,0	942	100,0	1 822	
Lecture : 12,4 % des hommes et 5,5 % des femmes ont déclaré comme raison principale de leur venue en France des motifs politiques. Source : Enquête KABP-migrants, Inpes, 2005.							

des migrant.e.s (Barou, 2002). À la population originaire du fleuve Sénégal, en particulier du Sénégal et du Mali, se sont ajoutées des populations issues du Congo, de la République démocratique du Congo, du Cameroun, de la Côte d'Ivoire... Malgré cette diversification des pays d'origine, plus de 90 % des personnes de l'échantillon viennent de pays francophones et près de 60 % d'Afrique de l'Ouest, attestant de l'importance du passé colonial de la France dans l'organisation des migrations actuelles (tableau 1).

Le niveau d'études de cette population est particulièrement élevé : près de la moitié de ces personnes ont effectué des études supérieures, tandis que 38 % sont venues poursuivre leurs études. Ces personnes correspondent au profil de la seconde immigration en provenance d'Afrique subsaharienne qui se distingue par un niveau d'instruction plus élevé, notamment parmi les personnes arrivées jeunes en France (Insee, 2005). Les études supérieures constituent un motif de migration en soi pour nombre de migrants africains, en particulier parmi ceux qui ont migré en Île-de-France (Insee, 2005). Peu de différences sont observées entre les niveaux de scolarisation des hommes et des femmes contrairement à la situation en Afrique subsaharienne, en particulier dans les pays francophones. Dans ces pays, les niveaux de scolarisation sont faibles et les inégalités filles/garçons particulièrement fortes (Lange, 2007 ; Zougrana *et al.*, 2007).

L'analyse des circonstances de la migration fait apparaître des différences notables entre les sexes (tableau 1). Les femmes sont arrivées plus jeunes que les hommes (âge médian à la migration de 19,9 ans vs 22,7 ans) et sont plus souvent venues pour des raisons familiales (44 % vs 19 %). La migration pour rejoindre son conjoint constitue l'une des principales possibilités de migration pour les femmes et de ce fait l'un des motifs majeurs (Borrel et Tavan, 2004). Enfin, les migrations politiques représentent une part non négligeable de l'échantillon, respectivement 12 % et 6 % des migrations masculines et féminines. Il s'agit principalement de personnes venant de République démocratique du Congo, du Congo, de Côte d'Ivoire et d'Angola.

Les profils des migrant.e.s de cette enquête reflètent les transformations de l'organisation migratoire en provenance d'Afrique subsaharienne : la proportion de femmes est équivalente à celle des hommes, le niveau d'instruction de ces populations est élevé et les raisons de la migration ainsi que les pays d'origine se sont diversifiés par rapport aux migrations des années 1960, principalement rurale et masculine. Cette modification des profils de migrant.e.s est à prendre en compte pour analyser les contextes d'entrée dans la sexualité.

### III. Une entrée dans la sexualité plus tardive pour les femmes

Dans notre échantillon, les femmes déclarent des rapports sexuels plus tardifs que ceux des hommes (âge médian de 19,1 ans vs 17,8 ans), en particulier dans les générations les plus récentes (tableau 2). Cette situation est opposée

à celle observée en Afrique subsaharienne où, d'une part, les femmes ont des rapports sexuels plus précoces que les hommes et, d'autre part, les transformations de la nuptialité conduisent à une convergence des calendriers féminins et masculins d'entrée dans la sexualité pour les générations les plus récentes (Hertrich, 2007). Même parmi les personnes originaires d'Afrique de l'Ouest, les femmes ont des rapports sexuels plus tardifs que les hommes, alors que cette région se caractérise par des âges au premier rapport sexuel particulièrement précoces pour les femmes (Bozon, 2003).

**Tableau 2. Âge médian au premier rapport sexuel en fonction des caractéristiques socioculturelles et par sexe**

	Hommes		Femmes		Écart H-F p-value
	Âge médian	Effectif	Âge médian	Effectif	
<b>Total</b>	17,8	843	19,1	945	0,000
<b>Âge à l'enquête</b>					
18-24 ans	18,1	196	21,0	314	0,001
25-34 ans	17,6	372	18,8	368	0,000
35-49 ans	18,0	275	18,6	263	0,045
p-value entre les âges médians, par sexe	0,157		0,000		
<b>Région de naissance</b>					
Afrique de l'Ouest	18,4	510	19,6	553	0,000
Afrique centrale	17,1	274	18,3	338	0,000
Afrique de l'Est et australe	17,6	59	19,9	54	0,021
p-value entre les âges médians, par sexe	0,000		0,000		
<b>Niveau d'études</b>					
Primaire maximum	20,0	66	17,7	76	0,000
Secondaire	17,8	293	18,4	393	0,013
Supérieur	17,6	475	20,0	471	0,000
p-value entre les âges médians, par sexe	0,000		0,000		
<b>Religion et pratique actuelle</b>					
Catholique pratiquant régulier	16,8	87	18,8	164	0,000
Protestant pratiquant régulier	17,5	62	18,5	65	0,147
Musulman pratiquant régulier	19,3	252	21,1	191	0,001
Catholique non pratiquant régulier	17,2	172	18,4	259	0,000
Protestant non pratiquant régulier	17,1	66	18,5	87	0,011
Musulman non pratiquant régulier	17,9	122	21,0	110	0,000
Autre religion	17,5	21	18,1	29	0,536
Pas de religion	17,6	52	18,2	37	0,399
p-value entre les âges médians, par sexe	0,000		0,000		
<b>Note</b> : La variable sur la pratique religieuse a été construite en tenant compte de la religion et de sa pratique actuelle, et en distinguant les personnes qui déclaraient une pratique actuelle régulière de leur religion des autres situations (pratique non régulière ou absence de pratique).					
<b>Lecture</b> : L'âge médian au premier rapport sexuel est de 17,1 ans pour les hommes originaires d'Afrique centrale et 18,3 ans pour les femmes du même groupe.					
<b>Champ</b> : Toutes les personnes de l'enquête, y compris celles qui ont déclaré ne jamais avoir eu de rapport sexuel.					
<b>Source</b> : Enquête <i>KABP-migrants</i> , Inpes, 2005.					

Cette différence de calendriers d'entrée dans la sexualité est principalement liée aux capitaux socioculturels des migrants (tableau 2). Dans le cadre de cette enquête, ces caractéristiques peuvent être appréhendées à partir de l'information sur le niveau d'études – envisagé comme un indicateur de la socialisation scolaire et en particulier de sa durée – ainsi que sur la religion et sa pratique actuelle ; nous considérons la pratique religieuse actuelle comme un indicateur de socialisation religieuse sans préjuger du sens de la relation entre pratique religieuse et entrée dans la sexualité (Caltabiano *et al.*, 2006).

Seules les personnes ayant au maximum un niveau d'études primaires présentent des âges au premier rapport sexuel proches de ceux observés en Afrique subsaharienne : les femmes ont alors des rapports sexuels plus précoces que les hommes (17,7 ans vs 20,0 ans ; tableau 2). Au contraire, les hommes qui ont suivi des études supérieures ont des rapports sexuels plus précoces que les femmes de même niveau d'études (17,6 ans vs 20,0 ans) et que les hommes n'ayant pas fait d'études (20,0 ans). Quant aux femmes venues pour poursuivre leurs études, elles ont débuté leur vie sexuelle plus tardivement que les hommes dans la même situation (19,8 ans vs 17,6 ans).

Ces différences de calendrier entre les hommes et les femmes sont également à rapporter à la socialisation religieuse. Les femmes et les hommes qui ne déclarent aucune religion connaissent des âges d'entrée dans la sexualité très proches. À l'inverse, les femmes déclarant une religion vivent leur premier rapport sexuel à un âge plus tardif que les hommes des mêmes groupes (tableau 2). Si la pratique d'une religion est généralement associée à un report de l'entrée dans la sexualité (Bozon, 1993 ; Caltabiano *et al.*, 2006), ce phénomène n'est pas observé parmi les catholiques et les protestants pratiquants par rapport aux catholiques et protestants non pratiquants. En revanche, les hommes qui déclarent être de religion musulmane et pratiquants ont leur premier rapport sexuel plus tardivement que les hommes musulmans non pratiquants (19,3 ans vs 17,9 ans). Pour les femmes musulmanes, l'entrée dans la sexualité est aussi tardive, qu'elles déclarent ou non pratiquer leur religion (21,1 ans et 21,0 ans).

Au-delà des caractéristiques individuelles, les informations sur la relation permettent d'appréhender les conditions dans lesquelles s'est déroulé le premier rapport sexuel (tableau 3). S'il n'épuise pas l'analyse des formes de pouvoir au sein d'une relation, l'écart d'âge avec le partenaire constitue néanmoins un indicateur de relations inégalitaires (Bozon, 2005). Lorsque l'homme et la femme ont sensiblement le même âge, cela dénote des relations plus égalitaires : cette situation concerne plus de la moitié des hommes mais seulement 15 % des femmes. Pour les femmes, la situation la plus courante est celle où leur partenaire a entre 2 et 4 ans de plus qu'elles. Et elles sont 14 % à déclarer un partenaire plus âgé d'au moins 10 ans (tableau 3).

**Tableau 3. Âge médian au premier rapport sexuel en fonction des caractéristiques relationnelles et par sexe**

	Hommes			Femmes			Écart H-F p-value
	%	Âge médian	Effectif	%	Âge médian	Effectif	
<b>Écart d'âge entre partenaires</b>							
La femme est plus âgée	19,2	15,9	143	0,0	–	0	–
La femme et l'homme ont le même âge	57,1	17,1	424	14,8	18,3	101	0,000
L'homme a entre 2 et 4 ans de plus	21,0	20,1	156	41,5	18,0	284	0,000
L'homme a entre 5 et 9 ans de plus	2,7	23,8	20	29,7	18,9	203	0,000
L'homme a au moins 10 ans de plus	0,0	–	0	14,0	18,0	96	–
Total	100,0		743	100,0		684	
p-value entre les âges médians, par sexe	0,001			0,001			
<b>Consentement du rapport sexuel</b>							
Souhaité	90,0	17,5	658	67,1	18,6	510	0,000
Non souhaité mais accepté	7,8	16,9	57	25,7	17,9	195	0,031
Forcé	2,2	18,0	16	7,2	16,9	55	0,527
Total	100,0		731	100,0		760	
p-value entre les âges médians, par sexe	0,242			0,002			
<p><b>Lecture</b> : 57,1 % des hommes avaient le même âge que leur partenaire lors du premier rapport sexuel contre 14,8 % des femmes.  <b>Champ</b> : Personnes ayant déclaré un premier rapport sexuel avec un partenaire de l'autre sexe.  <b>Source</b> : Enquête KABP-migrants, Inpes, 2005.</p>							

Les hommes ont des partenaires sexuelles plus jeunes lorsqu'ils ont un premier rapport sexuel tardif, tandis que les femmes ont dans leur très grande majorité des partenaires plus âgés indépendamment de leur âge au premier rapport sexuel (tableau 3). En outre, elles sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir eu un premier rapport sexuel accepté mais non souhaité (26 % vs 8 %) ou un premier rapport sexuel forcé (7 % vs 2 %). La sous-déclaration de ces événements est sans doute plus importante pour les hommes : ils sont 40 % à ne déclarer aucune violence sexuelle au cours de la vie alors qu'ils avaient déclaré un premier rapport forcé contre 10 % des femmes<sup>(3)</sup>. Cela peut être lié à une plus grande difficulté à déclarer ces expériences ou à une définition différente donnée aux mots « violence » et « forcé », la frontière entre un rapport sexuel non souhaité mais accepté et forcé n'étant pas la même pour toutes et tous. Les effectifs sont très faibles et ces résultats doivent être interprétés avec précaution.

(3) Une question sur les violences sexuelles au cours de la vie est posée plus loin dans le questionnaire.

Pour les hommes, aucun lien n'est observé entre l'âge au premier rapport sexuel et le consentement du rapport sexuel, ce qui peut être lié à la faible fréquence des rapports sexuels non souhaités. En revanche, les rapports sexuels non souhaités se vivent plus souvent à des âges jeunes pour les femmes : celles ayant déclaré un premier rapport sexuel souhaité l'ont vécu à 18,6 ans ; 17,9 ans lorsque le rapport sexuel était non souhaité mais accepté, et 16,9 ans lorsque le rapport sexuel était forcé. Les femmes les plus jeunes – qui n'ont aucune autonomie sociale et financière – se trouvent dans des relations dans lesquelles leur marge de manœuvre concernant la négociation des rapports sexuels peut être inexistante, et ce d'autant plus qu'elles ont des partenaires plus âgés. En effet, les femmes qui ont des partenaires plus âgés déclarent plus souvent des rapports sexuels non souhaités ou forcés ; c'est également le cas pour les hommes (résultats non montrés). Cela ne renvoie néanmoins pas aux mêmes situations pour les hommes et les femmes, les hommes qui ont des partenaires plus âgées représentent l'écart à la norme et se retrouvent alors dans des situations très spécifiques.

Ces premiers résultats mettent en exergue le rôle des capitaux socioculturels et leurs effets différenciés selon le sexe. La socialisation scolaire contribue à reporter le premier rapport sexuel pour les femmes et à l'anticiper pour les hommes. La pratique de la religion musulmane pour les hommes et l'appartenance à la religion musulmane pour les femmes sont associées à des âges plus tardifs au premier rapport sexuel. Ces résultats témoignent également de l'asymétrie des situations féminines et masculines, que l'on considère l'importance des écarts d'âge entre partenaires ou la fréquence des rapports sexuels non souhaités, notamment pour les femmes. Les différences entre les expériences sexuelles féminines et masculines doivent être resituées au sein des trajectoires migratoires.

#### IV. Trajectoire migratoire et entrée dans la sexualité

Les profils construits permettent d'appréhender la diversité des conditions d'entrée dans la sexualité de cette population. Ces trois profils correspondent aux situations suivantes (tableau 4 et tableau annexe) :

- Le premier profil concerne les personnes ayant vécu leur premier rapport sexuel avant de migrer. Pour ces personnes, la socialisation sexuelle et l'entrée dans la sexualité coïncident et se sont déroulées dans leur pays d'origine. Cette situation est majoritaire dans l'échantillon, elle concerne 75 % des hommes et 58 % des femmes.
- Le second profil concerne les personnes ayant vécu leur entrée dans la sexualité après la migration tout en ayant migré après l'âge de 10 ans. Pour ces personnes, la socialisation sexuelle est pour une large part antérieure à la migration, alors que le premier rapport sexuel lui est postérieur. Ce profil représente 18 % des hommes et 30 % des femmes.



Tableau 4. Circonstance d'entrée dans la sexualité selon les profils et le sexe

	Premier rapport sexuel avant la migration						Premier rapport sexuel après la migration Migration avant 10 ans						Premier rapport sexuel après la migration Migration après 10 ans					
	Profil 1			Profil 2			Profil 2			Profil 3			Profil 3					
	Homme		Femme	Homme		Femme	Homme		Femme	Homme		Femme	Homme		Femme			
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N				
<b>Ensemble</b>	55,5	550	44,5	441	36,2	130	63,8	229	39,7	56	60,3	85						
<b>Âge médian au premier rapport sexuel</b>	17,2		17,8		18,8		19,2		16,6		18,2							
p-value entre les sexes, par profil	0,006				0,544				0,000									
p-value entre les profils, par sexe	0,000		0,000															
<b>Écart d'âge entre partenaires</b>																		
La femme est plus âgée	16,8	88	0,0	1	10,2	13	1,4	3	12,7	7	0,0	0						
La femme et l'homme ont le même âge	59,5	311	11,4	47	51,6	66	12,8	28	80,0	44	31,0	26						
L'homme a entre 2 et 4 ans de plus	21,8	114	38,8	160	28,9	37	39,4	86	7,3	4	40,5	34						
L'homme a entre 5 et 9 ans de plus	1,9	10	33,8	139	8,6	11	35,8	78	0,0	0	21,4	18						
L'homme a au moins 10 ans de plus	0,0	0	16,0	66	0,7	1	10,6	23	0,0	0	7,1	6						
Total	100,0	523	100,0	413	100,0	128	100,0	218	100,0	55	100,0	84						
p-value entre les sexes, par profil	0,000				0,000				0,000									
p-value entre les profils, par sexe	0,000		0,000															
<b>Consentement du rapport sexuel</b>																		
Souhaité	89,6	481	61,8	272	93,0	120	71,1	162	89,3	50	81,0	68						
Non souhaité mais accepté	8,0	43	28,2	124	5,4	7	25,0	57	8,9	5	16,7	14						
Forcé	2,4	13	10,0	44	1,6	2	4,0	9	1,8	1	2,4	2						
Total	100,0	537	100,0	440	100,0	129	100,0	228	100,0	56	100,0	84						
p-value entre les sexes, par profil	0,000				0,000				0,411									
p-value entre les profils, par sexe	0,829		0,001															

**Lecture :** Parmi les personnes ayant vécu leur entrée dans la sexualité avant la migration, les femmes sont 10 % à avoir déclaré un premier rapport sexuel forcé et les hommes 2,4 %.  
**Champ :** Personnes ayant déclaré un premier rapport sexuel avec un partenaire de l'autre sexe.  
**Source :** Enquête KABP-migrants, Inpes, 2005.

- Le troisième profil concerne les personnes dont le premier rapport sexuel s'est déroulé après la migration et qui ont migré avant l'âge de 10 ans. Nous avons choisi de distinguer les personnes qui avaient migré en France avant 10 ans bien qu'elles ne représentent que 8 % des hommes et 11 % des femmes (tableau annexe). Ce découpage permet de prendre en compte l'influence de la socialisation dans le pays d'arrivée et correspond notamment à l'entrée au collège. Si ces personnes sont des immigrées au sens où elles sont nées étrangères à l'étranger, leur expérience migratoire est non seulement différente de celle des personnes arrivées à un âge plus tardif, mais également similaire entre les hommes et les femmes, le regroupement familial y occupant une place majoritaire (72 %). Ces personnes ont été socialisées et scolarisées majoritairement après la migration.

Les caractéristiques sociales et migratoires des personnes associées à ces trois profils sont décrites en annexe.

#### *Quand le premier rapport sexuel précède la migration (profil 1)*

Ce profil concerne les personnes ayant vécu leur premier rapport sexuel avant de migrer en France, et plus souvent les hommes que les femmes en raison d'un âge plus tardif à la migration (tableau 1). Il s'agit des migrations les plus récentes – la moitié des personnes sont arrivées après 2000 –, celles des nouveaux migrants qui quittent leur pays pour des raisons d'opportunités de travail et d'insécurité politique (tableau annexe ; Barou, 2002). Pour ces personnes, on ne peut pas à proprement parler d'impact de la migration sur l'entrée dans la sexualité étant donné que le premier rapport sexuel est largement antérieur à la migration, d'environ six ans (tableau annexe).

L'âge médian au premier rapport sexuel est de 17,2 ans pour les hommes et de 17,8 ans pour les femmes (tableau 4). Ainsi, y compris parmi les personnes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant la migration, les femmes commencent leur vie sexuelle plus tardivement que les hommes. Les femmes originaires d'Afrique centrale connaissent une entrée dans la sexualité plus précoce que les femmes d'Afrique de l'Ouest (tableau 5), reflétant les variations régionales observées en Afrique subsaharienne (Bozon, 2003). Mais les différences de calendrier sont principalement à rapporter aux différences de capitaux scolaires. Les femmes n'ayant pas fait d'études ont des rapports sexuels plus précoces que les hommes dans la même situation (16,6 ans vs 18,8 ans). Au contraire, celles qui ont un niveau d'études supérieures ont des rapports sexuels plus tardifs que les hommes de même niveau d'études (18,4 ans vs 17,0 ans). La scolarisation féminine entraîne généralement un retard de l'entrée en union, les femmes qui se consacrent à leurs études évitant de s'investir dans des relations sentimentales et sexuelles (Lange, 2007 ; Mouvagha-Sow, 2007).

L'implication dans les études traduit l'accès à une certaine autonomie et offre de nouvelles opportunités qui se construisent de manière différenciée

Tableau 5. Facteurs associés au fait d'avoir vécu le premier rapport sexuel avant 18 ans (profil 1) et par sexe

	Hommes			Femmes		
	OR ajusté	p	Effectif	OR ajusté	p	Effectif
Effectif total	519			383		
<b>Âge au moment de l'enquête</b>						
18-24 ans	1,94 [0,96;3,94]	0,065	57	3,64 [1,62;8,15]	0,002	44
25-34 ans	1,40 [0,93;2,12]	0,111	255	1,12 [0,70;1,80]	0,633	147
35-49 ans	1		217	1		166
<b>Niveau d'études</b>						
Primaire maximum	0,34 [0,14;0,79]	0,013	38	4,06 [1,81;9,12]	0,001	42
Secondaire	0,87 [0,57;1,33]	0,520	161	2,55 [1,56;4,17]	0,000	178
Supérieur	1		330	1		164
<b>Région de naissance</b>						
Afrique de l'Ouest	1		298	1		214
Afrique centrale	1,12 [0,69;1,83]	0,642	194	2,08 [1,25;3,47]	0,005	153
Afrique de l'Est et australe	1,09 [0,50;2,38]	0,821	37	0,44 [0,13;1,45]	0,176	17
<b>Religion et pratique actuelle</b>						
Musulman pratiquant régulier	0,58 [0,33;1,01]	0,055	143	0,90 [0,45;1,81]	0,766	65
Autre religion pratiquant régulier	0,78 [0,47;1,29]	0,333	123	1,16 [0,68;1,98]	0,591	107
Musulman pratiquant non régulier	0,71 [0,36;1,42]	0,333	62	0,93 [0,39;2,21]	0,865	31
Autre religion pratiquant non régulier	1		201	1		181
<b>Écart d'âge entre partenaires</b>						
La femme est plus âgée	2,18 [1,24;3,81]	0,006	108	–		1
La femme et l'homme ont le même âge	1		299	1		46
L'homme a entre 2 et 4 ans de plus	0,27 [0,17;0,44]	0,000	112	2,14 [1,03;4,43]	0,040	159
L'homme a entre 5 et 9 ans de plus	–		10	0,92 [0,43;1,96]	0,836	113
L'homme a au moins 10 ans de plus	–			0,95 [0,41;2,18]	0,902	65
<b>Consentement du rapport sexuel</b>						
Souhaité	1		473	1		239
Non souhaité mais accepté	1,16 [0,54;2,51]	0,702	43	1,40 [0,85;2,28]	0,183	112
Forcé	0,70 [0,21;2,31]	0,562	13	2,38 [1,00;5,66]	0,049	33
<p><b>Note</b> : La modalité de référence est le fait d'avoir vécu son premier rapport sexuel à 18 ans ou plus.  <b>Lecture</b> : Les femmes avec un niveau d'études secondaires ont 2,55 fois plus de chance de connaître leur entrée dans la sexualité avant 18 ans que celles d'un niveau d'études supérieures.  <b>Champ</b> : Personnes ayant vécu leur premier rapport sexuel avant de migrer en France.  <b>Source</b> : Enquête KABP-migrants, Inpes, 2005.</p>						

selon le sexe : les hommes accèdent plus vite à un statut d'adulte, ce qui peut conduire à une anticipation de l'entrée dans la sexualité, alors que pour les femmes, les études invitent au report de l'entrée dans la sexualité (tableau 5). Ainsi, un âge précoce au premier rapport sexuel prend un sens différent selon le sexe car il est lié à l'absence d'études et à une plus grande probabilité d'avoir vécu un rapport sexuel non souhaité pour les femmes, tandis qu'il est lié au fait d'avoir poursuivi des études pour les hommes. Ce n'est pas en soi l'âge au premier rapport sexuel qui est un marqueur de domination ou d'autonomie, mais bien le lien entre les calendriers d'entrée dans la sexualité et les capitaux scolaires.

Les femmes sont nombreuses à déclarer des partenaires ayant au moins 10 ans de plus qu'elles (16 % ; tableau 4). Lorsque l'homme est beaucoup plus âgé, cela induit une position subalterne pour la femme et peut indiquer que ces relations sexuelles ont eu lieu dans le cadre du mariage (Barbieri et Hertrich, 2005). Quant aux hommes, ils sont près de 17 % à déclarer une première partenaire sexuelle plus âgée qu'eux (tableau 4). Si la distribution des écarts d'âge entre partenaires n'est pas la même pour les hommes et les femmes, le fait d'avoir un partenaire plus âgé est associé pour les deux sexes à des âges plus jeunes au premier rapport sexuel (tableau 5).

S'agissant des rapports sexuels non souhaités, ils s'avèrent fréquents pour les femmes, qu'ils soient non souhaités mais acceptés (28 %) ou forcés (10 % ; tableau 4). Les rapports sexuels non souhaités sont beaucoup moins fréquents pour les hommes. Néanmoins, les hommes originaires d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe déclarent plus souvent que ceux venant des autres régions avoir vécu un premier rapport sexuel non souhaité mais accepté (18 % vs 7 %) ou forcé (8 % vs 2 %). Dans ces régions, de nombreux pays ont connu des guerres (Rwanda, Angola, République démocratique du Congo) et des périodes de grande instabilité. Celles-ci sont propices aux agressions sexuelles et donc à l'augmentation des relations sexuelles contraintes, notamment pour les femmes (Lalou *et al.*, 2006). Les hommes seraient donc également concernés par ces violences sexuelles, même si le phénomène est peu documenté en raison notamment de stéréotypes sur la masculinité qui conduisent à une stigmatisation très forte de ces hommes (Linos, 2009). Ces résultats sont à considérer avec précaution en raison de la faiblesse des effectifs, mais apportent des informations intéressantes sur les violences sexuelles envers les hommes.

Parmi les personnes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant de migrer en France, l'écart de calendrier entre hommes et femmes est inversé par rapport à la situation en Afrique subsaharienne. Cela est principalement lié à la structure de notre échantillon – les personnes diplômées y sont surreprésentées. Les personnes migrantes d'Afrique subsaharienne possèdent un haut niveau d'études (Insee, 2005) et sont beaucoup plus diplômées que les personnes vivant en Afrique subsaharienne, en raison d'une sursélection scolaire des candidats et candidates à la migration (Beauchemin *et al.*, 2010). Les

■ E. MARSICANO, N. LYDIÉ, N. BAJOS

capitaux scolaires jouent un rôle important s'agissant à la fois de l'âge d'entrée dans la sexualité et du fait de migrer, phénomène accentué par la structure de notre échantillon. La comparaison entre des personnes ayant migré depuis l'Afrique subsaharienne et des personnes vivant en Afrique subsaharienne trouve ici ses limites tant les profils sociaux, en particulier scolaires, de ces populations diffèrent.

La comparaison avec la situation des personnes ayant débuté leur vie sexuelle après avoir migré en France (profil 2) permet en revanche de distinguer ce qui relève du contexte de socialisation sexuelle et du contexte social d'entrée dans la sexualité. Si les personnes de ces deux profils ont été majoritairement socialisées dans leur pays d'origine, le contexte du premier rapport sexuel diffère entre ces deux profils.

### *Quand le premier rapport sexuel suit la migration (profil 2)*

Ce profil concerne les personnes ayant vécu leur entrée dans la sexualité après la migration et migré après l'âge de 10 ans. Pour ces personnes, la socialisation sexuelle est pour une large part antérieure à la migration alors que le premier rapport sexuel s'est déroulé dans les années qui ont suivi la migration. Si ces personnes ont été scolarisées pour partie dans leur pays d'origine, elles ont majoritairement fini leurs études en France. Elles ont en effet migré vers 15 ans tout en ayant poursuivi leurs études au-delà du collège, et souvent après le baccalauréat (tableau annexe).

Par rapport au premier profil, il s'agit de migrations plus anciennes – celles du milieu des années 1980 – et les études constituent un motif important de migration en France. Cela peut contribuer à rendre compte d'un calendrier d'entrée dans la sexualité particulièrement tardif : l'âge médian au premier rapport sexuel est d'environ 19 ans pour ces hommes et ces femmes (tableau 4). Bien que ces personnes aient vécu leur enfance et une partie de leur adolescence dans leur pays d'origine, aucune différence dans l'âge au premier rapport sexuel n'est observée selon la région d'origine (tableau 6). Cela pourrait attester de l'influence du contexte social dans lequel s'est déroulé le premier rapport sexuel malgré la durée importante de la socialisation dans le pays d'origine.

Les hommes et les femmes de ce profil ont commencé leur vie sexuelle plus tardivement que les personnes ayant migré après avoir débuté leur vie sexuelle (profil 1 ; tableau 4). Ces personnes migrent et commencent leur vie sexuelle sensiblement à la même période, ce qui peut contribuer à reporter le premier rapport sexuel. De la même façon que pour les femmes ayant vécu leur premier rapport sexuel avant la migration (profil 1), celles qui ont effectué des études supérieures connaissent des âges au premier rapport sexuel plus tardifs que les hommes de même niveau d'études (résultats non montrés) et que les femmes ayant un niveau d'études secondaires (tableau 6). La socialisation scolaire contribue à reporter l'entrée dans la sexualité des femmes indépendamment du contexte social dans lequel le premier rapport s'est déroulé.

■ 330

Tableau 6. Facteurs associés au fait d'avoir vécu le premier rapport sexuel avant 19 ans (profil 2) et par sexe

	Hommes			Femmes		
	OR ajusté	<i>p</i>	Effectif	OR ajusté	<i>p</i>	Effectif
Effectif total	125			208		
<b>Âge au moment de l'enquête</b>						
18-24 ans	1,56 [0,41;5,91]	0,513	38	2,57 [1,09;6,08]	0,031	78
25-34 ans	1,98 [0,62;6,31]	0,250	51	1,90 [0,82;4,41]	0,135	87
35-49 ans	1		36	1		43
<b>Niveau d'études</b>						
Secondaire maximum	1		64	1		94
Supérieur	0,80 [0,32;1,98]	0,625	61	0,25 [0,13;0,49]	0,000	114
<b>Région de naissance</b>						
Afrique de l'Ouest	1		84	1		120
Afrique centrale	1,37 [0,38;4,94]	0,633	29	0,92 [0,44;1,91]	0,814	75
Afrique de l'Est et australe	1,11 [0,21;5,91]	0,903	12	1,31 [0,35;4,87]	0,690	13
<b>Religion et pratique actuelle</b>						
Musulman pratiquant régulier	0,23 [0,06;0,83]	0,026	44	0,33 [0,12;0,89]	0,029	40
Autre religion pratiquant régulier	2,71 [0,50;14,78]	0,248	14	0,82 [0,38;1,80]	0,629	54
Musulman pratiquant non régulier	0,72 [0,18;2,81]	0,637	25	0,21 [0,07;0,63]	0,005	27
Autre religion pratiquant non régulier	1		42	1		87
<b>Écart d'âge entre partenaires</b>						
La femme est plus âgée	0,27[0,07;1,06]	0,060	14	–		–
La femme et l'homme ont le même âge	1		65	1		31
L'homme a entre 2 et 4 ans de plus	0,10[0,03;0,30]	0,000	46	0,55 [0,21;1,43]	0,223	84
L'homme a au moins 5 ans de plus	–		–	0,37 [0,14;0,96]	0,040	93
<b>Consentement du rapport sexuel</b>						
Souhaité	1		116	1		150
Non souhaité mais accepté ou forcé	4,07 [0,70;23,63]	0,118	9	3,18 [1,55;6,50]	0,002	58
<p><b>Note</b> : La modalité de référence est le fait d'avoir vécu son premier rapport sexuel à 19 ans et plus.  <b>Lecture</b> : Les femmes ayant un niveau d'études supérieures ont 0,25 fois moins de chance de connaître leur entrée dans la sexualité avant 19 ans par rapport aux femmes avec un niveau d'études secondaires au maximum.  <b>Champ</b> : Personnes ayant vécu leur premier rapport sexuel après la migration et ayant migré après l'âge de 10 ans.  <b>Source</b> : Enquête <i>KABP-migrants</i>, Inpes, 2005.</p>						

■ E. MARSICANO, N. LYDIÉ, N. BAJOS

En revanche, les hommes ayant un niveau d'études supérieures n'ont pas de rapports sexuels plus précoces que les autres hommes, contrairement à ce qui avait été observé pour ceux du premier profil (tableau 5) ; cela peut être lié à la faiblesse des effectifs. Il semblerait néanmoins que, pour les hommes, les capitaux scolaires n'aient pas la même valeur selon le contexte social dans lequel s'est déroulé le premier rapport sexuel. En Afrique subsaharienne, les hommes ayant fait des études sont plus rares et constituent de fait une population sélectionnée, ce qui peut leur conférer un certain prestige. En France, l'effet de sélection du diplôme est beaucoup moins important pour les hommes et l'entrée dans la sexualité est structurée par d'autres facteurs, en particulier la socialisation religieuse.

Dans ce profil, les hommes musulmans pratiquants déclarent des âges au premier rapport plus tardifs que les autres hommes (tableau 6). Le fait que leur pratique personnelle soit associée à un retard de l'entrée dans la sexualité peut traduire un contrôle interne sur leurs pratiques sexuelles. Au contraire, les femmes musulmanes, qu'elles soient ou non pratiquantes, débute leur vie sexuelle plus tardivement que les autres femmes, ce qui peut être le signe d'un contrôle familial sur leurs sorties et leurs fréquentations. Ce double standard – contexte familial religieux pour les filles vs pratique religieuse personnelle pour les garçons – a également été observé à propos des jeunes hommes et femmes d'origine maghrébine en France (Lagrange et Lhomond, 1997). Rien de semblable n'avait été observé pour les femmes ayant commencé leur vie sexuelle avant la migration (profil 1). Cela peut indiquer un renforcement du contrôle sur la sexualité des femmes en contexte migratoire. En outre, la religion peut devenir un élément de différenciation dans un contexte catholique et laïc, ce qui n'était pas le cas dans les pays d'origine de ces personnes.

La migration ne conduit pas toujours à améliorer la situation des femmes ni à réduire les inégalités entre les sexes. Les hommes déclarent des écarts d'âge plus importants avec leur partenaire que ceux dont le premier rapport sexuel s'était déroulé avant la migration (profil 1, tableau 4). Deux phénomènes se combinent ici, une entrée dans la sexualité plus tardive après la migration (tableau 4) et des écarts d'âge plus importants avec la partenaire lorsque le premier rapport sexuel est tardif (tableau 3), pour aboutir à une augmentation des écarts d'âge pour les hommes ayant débuté leur vie sexuelle après la migration. Pour les femmes, les écarts d'âge sont sensiblement identiques à ceux des femmes du premier profil et restent importants (tableau 4). En revanche, les premiers rapports sexuels forcés sont nettement moins fréquents pour les femmes ayant commencé leur vie sexuelle après la migration. Cela peut indiquer une diminution en contexte migratoire d'un certain type de violence envers les femmes. Elles sont néanmoins près de 25 % à déclarer des rapports sexuels non souhaités mais acceptés dans ce profil.

La comparaison entre les personnes du premier profil et du deuxième profil montre que le contexte social du premier rapport sexuel modifie le rôle des

■ 332

socialisations scolaire et religieuse. En contexte migratoire, le rôle de la religion semble se renforcer, notamment pour les femmes, tandis que les études perdent de leur influence pour les hommes. La migration n'aboutit pas forcément à une convergence des expériences féminines et masculines comme en atteste l'importance des écarts d'âge pour les hommes. En outre, les rapports sexuels forcés – s'ils sont moins fréquents que dans le premier profil – restent associés à un âge précoce au premier rapport sexuel pour les femmes (tableau 6). Indépendamment du contexte social, un âge précoce au premier rapport sexuel constitue un marqueur de relations contraintes dans lesquelles les marges de manœuvre des femmes sont faibles.

Si ces personnes ont commencé leur vie sexuelle après la migration, elles ont été socialisées dans leur pays d'origine, contrairement aux personnes du troisième profil qui ont migré en France pendant leur enfance. La comparaison entre ces deux groupes permet de distinguer le rôle du contexte de socialisation pour des personnes ayant vécu leur premier rapport sexuel après la migration.

### *Quand les personnes ont migré pendant leur enfance (profil 3)*

Ce profil concerne les personnes dont le premier rapport sexuel s'est déroulé après la migration et qui ont migré avant l'âge de 10 ans. Il s'agit des migrations les plus anciennes – la moitié sont arrivés avant 1986 – et concerne principalement les enfants de personnes ayant migré dans les années 1970. Comme les personnes du profil précédent (profil 2), elles ont vécu leur premier rapport sexuel en France. Leur socialisation et leur scolarisation se sont principalement effectuées en France, et le premier rapport sexuel a eu lieu plus de dix ans après la migration (tableau annexe). Si la majorité sont arrivés dans le cadre du regroupement familial, environ 20 % ont déclaré être venus pour poursuivre leurs études. Cela renvoie vraisemblablement plus à un projet familial que personnel étant donné l'âge auquel ces personnes ont migré (tableau annexe).

L'entrée dans la sexualité est bien plus précoce pour les hommes que pour les femmes (16,6 ans vs 18,2 ans), relativisant ainsi le présupposé que le fait de migrer à un âge jeune ainsi qu'une durée longue de socialisation en France sont forcément associés à une diminution de l'asymétrie des situations féminines et masculines. Ces résultats doivent néanmoins être interprétés avec précaution en raison de la faiblesse des effectifs dans ce profil (tableau 4). Ces différences de calendrier peuvent être mises au compte d'une réussite scolaire différenciée selon le sexe<sup>(4)</sup>. En effet, les hommes de ce profil sont nettement moins nombreux que les femmes à avoir atteint un niveau d'études supérieures (tableau annexe), ce qui témoigne des différences de scolarisation des garçons et des filles en Afrique subsaharienne et en France. En Afrique subsaharienne, les personnes qui suivent des études constituent une population très spécifique,

(4) Les femmes qui ont suivi des études supérieures ont vécu leur premier rapport sexuel plus tardivement que les autres (âge médian : 18,7 ans vs 17,6 ans) tandis que pour les hommes, aucune différence n'est observée (âge médian : 17,0 ans et 16,5 ans).



■ E. MARSICANO, N. LYDIÉ, N. BAJOS

alors qu'en France ces personnes sont scolarisées comme les autres de leur âge. Les femmes de ce profil connaissent des âges d'entrée dans la sexualité proches de celui des femmes de leur génération en France ayant fait des études supérieures tandis que pour les hommes, leur profil d'entrée dans la sexualité les rapproche des hommes de la même génération en France s'étant arrêtés avant le baccalauréat (Bozon, 2008). L'avantage scolaire des femmes sur les hommes a également été observé parmi les personnes nées en France de parents immigrés d'Afrique subsaharienne (Beauchemin *et al.*, 2010). Le niveau scolaire des personnes de ce profil rapproche leur expérience de celles des personnes descendantes d'immigrés, plus que de celles des personnes immigrées.

Si les femmes ont toujours des partenaires plus âgés qu'elles, les écarts d'âge sont nettement moins importants que dans les autres profils (tableau 4) et sont proches de ce qui est observé en France dans ces générations (Bozon, 2008). En effet, 79 % des hommes et 31 % des femmes ont eu un premier rapport sexuel avec quelqu'un du même âge, contre respectivement 80 % et 45 % pour les générations de 18-34 ans en France. Cet élément semble aller dans le sens de relations sexuelles plus égalitaires par rapport aux personnes ayant migré plus tardivement (profil 2), ainsi que la faible fréquence des premiers rapports sexuels forcés. Le premier rapport sexuel est en effet très majoritairement souhaité et aucune différence significative n'est observée entre les sexes (89 % et 81 %). Néanmoins, 11 % des hommes et 19 % des femmes déclarent des premiers rapports sexuels non souhaités mais acceptés ou forcés (tableau 4).

Comme dans les autres profils, les capitaux scolaires jouent un rôle déterminant s'agissant de l'entrée dans la sexualité, mais à l'inverse des autres profils, les femmes sont plus diplômées que les hommes. En outre, le niveau d'études prend un sens différent puisqu'il ne s'agit ni d'une sélection à la migration par le diplôme, ni de migration pour poursuivre leurs études. Dans ce profil, le niveau d'études et les différences entre les sexes – à l'avantage des femmes cette fois-ci – sont à rapporter à la durée de leur socialisation en France. Le fait d'avoir migré pendant l'enfance dessine des conditions d'entrée dans la sexualité sensiblement moins inégalitaires par rapport aux personnes ayant migré plus tardivement, et rapproche leurs expériences de celles des personnes nées en France.

### Conclusion

Cet article s'est intéressé à la recomposition des rapports de genre en contexte migratoire à travers un prisme particulier : l'entrée dans la sexualité de personnes migrantes d'Afrique subsaharienne. Les indicateurs disponibles pour analyser les rapports de genre et mettre à jour des situations d'inégalités entre hommes et femmes sont limités pour étudier ces questions. Le fait que les hommes et les femmes connaissent des âges d'entrée dans la sexualité similaires ne signifie pas pour autant que leurs expériences sont identiques. En outre, l'absence d'information sur le premier partenaire limite les interprétations concernant la signification de ce premier rapport sexuel.

■ 334

Nos résultats montrent néanmoins que les capitaux socioculturels jouent un rôle déterminant s'agissant des calendriers d'entrée dans la sexualité. En outre, l'influence des socialisations scolaire et religieuse diffère selon le contexte d'entrée dans la sexualité, de manière différente pour les femmes et les hommes. L'implication dans les études contribue à reporter les débuts de la vie sexuelle des femmes, que le premier rapport sexuel ait eu lieu avant ou après la migration. En revanche, les études contribuent à anticiper l'entrée dans la sexualité uniquement pour les hommes qui ont vécu leur premier rapport sexuel avant la migration. Quant à la socialisation religieuse, son rôle semble se renforcer en contexte migratoire, notamment pour les femmes. Pour les personnes ayant débuté leur vie sexuelle avant de migrer, les écarts d'âge entre partenaires ainsi que la fréquence des premiers rapports forcés, surtout pour les femmes, témoignent de contextes relationnels particulièrement inégalitaires. À l'inverse, le fait d'avoir migré pendant l'enfance dessine des conditions d'entrée dans la sexualité sensiblement moins inégalitaires, proches de celles des personnes nées en France. Les caractéristiques du premier rapport sexuel sont un marqueur d'attitudes durables à l'égard de la sexualité, qu'il s'agisse du calendrier de ce premier rapport sexuel ou de l'interaction de genre (Bozon, 1993). Resituer les conditions d'entrée dans la sexualité des personnes migrantes au sein de leur trajectoire migratoire s'avère essentiel pour appréhender les évolutions ultérieures de leur biographie sexuelle.



## ANNEXE

Caractéristiques sociales et migratoires selon les profils et par sexe

	Hommes				Femmes			
	Profil 1	Profil 2	Profil 3	Total	Profil 1	Profil 2	Profil 3	Total
Répartition	74,7	17,7	7,6	100,0	58,4	30,3	11,3	100,0
Effectif	550	130	56	736	441	229	85	755
p-value entre les sexes	0,000							
<b>Âge à l'enquête</b>								
				p-value				p-value
18-24 ans	11,1	30,0	57,1	0,000	12,0	36,7	41,2	0,000
25-34 ans	48,2	40,8	37,5		43,8	40,6	54,1	
35-49 ans	40,7	29,2	5,4		44,2	22,7	4,7	
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	
p-value entre les sexes, par profil	0,383	0,288	0,149					
<b>Niveau d'études</b>								
Primaire maximum	7,2	11,6	1,8	0,000	11,4	6,2	3,6	0,001
Secondaire	31,0	40,3	58,9		47,2	39,2	38,1	
Supérieure	61,8	48,1	39,3		41,5	54,6	58,3	
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	
p-value entre les sexes, par profil	0,000	0,156	0,052					
<b>Religion</b>								
Catholique	34,3	28,1	34,6	0,046	49,2	47,2	43,5	0,548
Protestante	18,1	8,6	14,6		18,4	15,7	16,5	
Musulmane	38,9	56,3	40,0		25,9	31,0	28,2	
Autre religion	2,2	2,3	3,6		3,6	2,6	4,7	
Pas de religion	6,6	4,7	7,3		2,9	3,5	7,1	
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	
p-value entre les sexes, par profil	0,000	0,000	0,690					
<b>Pratique actuelle de la religion</b>								
Pratique régulière	50,6	47,7	31,5	0,027	47,4	46,5	32,9	0,047
Pas de pratique régulière	49,5	52,3	68,5		52,6	53,5	67,1	
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	
p-value entre les sexes, par profil	0,324	0,833	0,858					

## Caractéristiques sociales et migratoires selon les profils et par sexe (suite)

	Hommes				Femmes			
	Profil 1	Profil 2	Profil 3		Profil 1	Profil 2	Profil 3	
<b>Région de naissance</b>				<i>p</i> -value				<i>p</i> -value
Afrique de l'Ouest	56,4	67,7	53,6	0,034	56,7	56,8	54,1	0,760
Afrique centrale	36,6	22,3	39,3					
Afrique de l'Est et australe	7,1	10,0	7,1					
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	
<i>p</i> -value entre les sexes, par profil	0,222	0,015	0,998					
<b>Raison principale de la venue en France</b>								
Rejoindre un conjoint/ membre famille	10,7	29,2	71,4	0,000	41,6	38,9	72,9	0,000
Faire des études	41,0	36,9	19,6		27,8	48,7	21,2	
Chercher un travail	30,3	26,9	3,6		17,8	4,4	2,4	
Raisons politiques	16,4	6,2	1,8		7,5	4,9	2,4	
Raisons médicales	1,7	0,8	3,6		5,4	3,1	1,2	
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	
<i>p</i> -value entre les sexes, par profil	0,000	0,000	0,880					
<b>Année d'arrivée en France</b>								
Avant 1989	14,0	41,5	69,6	0,000	15,7	37,6	76,5	0,000
Entre 1990 et 1999	36,2	37,7	30,4		36,1	35,4	23,5	
Entre 2000 et 2005	49,8	20,8	0,0		48,3	27,1	0,0	
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	
<i>p</i> -value entre les sexes, par profil	0,753	0,408	0,367					
<b>Année du premier rapport sexuel</b>								
Avant 1989	48,7	28,5	6,1	0,000	48,5	21,0	8,2	0,000
Entre 1990 et 1999	45,6	35,4	46,4		45,1	37,6	50,6	
Entre 2000 et 2005	5,6	36,2	37,5		6,4	41,5	41,2	
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	
<i>p</i> -value entre les sexes, par profil	0,894	0,263	0,357					
<b>Âge médian à la migration</b>								
	24,1	15,3	5,0	0,000	23,2	15,4	4,9	0,000
<i>p</i> -value entre les sexes, par profil	0,070	0,263	0,357					
<i>Lecture</i> : 41,2 % des femmes du profil 3 et 6,4 % des femmes du profil 1 sont arrivées en France après l'année 2000.								
<i>Source</i> : Enquête KABP-migrants, Inpes, 2005.								



## RÉFÉRENCES

- BAJOS Nathalie, BOZON Michel, 2008, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, 609 p.
- BARBIERI Magali, HERTRICH Véronique, 2005, « Écarts d'âge entre conjoints et pratique contraceptive en Afrique subsaharienne », *Population*, 60(5-6), p. 725-764.
- BAROU Jacques, 2002, « Les immigrations africaines en France au tournant du siècle », *Hommes et migrations*, 1239, p. 6-18.
- BEAUCHEMIN Cris, HAMEL Christelle, SIMON Patrick, 2010, *Trajectoires et origines*, Paris, Ined, Documents de travail n° 168.
- BORREL Catherine, TAVAN Chloé, 2004, « La vie familiale des immigrés », *Portrait social 2003-2004*, Paris, Insee.
- BOZON Michel, 1993, « L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites. Du calendrier aux attitudes », *Population*, 48(5), p. 1317-1352.
- BOZON Michel, 2003, « À quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ? Comparaisons mondiales et évolutions récentes », *Population et sociétés*, 391, 4 p.
- BOZON Michel, 2005, *Sociologie de la sexualité*, Paris, Armand Colin, 128 p.
- BOZON Michel, 2008, « Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus », *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, p. 117-147.
- BOZON Michel, HERTRICH Véronique, 2001, « Rapports de genre et initiation sexuelle en Afrique et en Amérique latine. Une comparaison à partir de 20 enquêtes EDS », *Genre, population et développement en Afrique*, Abidjan, Colloque 16-21 juillet.
- CALTABIANO Marcantonio, DALLA ZUANNA Gianpiero, ROSINA Alessandro, 2006, « Interdependence between sexual debut and church attendance in Italy », *Demographic Research*, 14, p. 453-484.
- CALVEZ Marcel, 2004, *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 196 p.
- CATARINO Christine, MOROKVASIC Mirjana, 2005, « Femmes, genre, migration et mobilités », *Revue européenne des migrations internationales*, 21(1), p. 7-27.
- CAZEIN Françoise, PILLONEL Josiane, LE STRAT Yann, LOT Florence, PINGET Roselyne *et al.*, 2008, « Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2008 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 45-46, p. 434-443.
- DAHINDEN Janine, ROSENDE Magdalena, BENELLI Natalie, HANSELMANN Magaly, LEMPEN Karine, 2007, « Migrations : genre et frontières - frontières de genre », *Nouvelles questions féministes*, 26(1), p. 4-14.
- ELAM Gillian, FENTON Kevin A., 2003, « Researching sensitive issues and ethnicity: Lessons from sexual health », *Ethnicity and Health*, 8(1), p. 15-27.
- FALQUET Jules, RABAUD Aude, 2008, *Femmes, genre, migrations et mondialisation : un état des problématiques*, Paris, Université Paris Diderot, Cahiers du Cedref, 295 p.
- FENTON Kevin A., MERCER Catherine H., MCMANUS Sally, ERENS Bob, WELLINGS Kaye *et al.*, 2005, « Ethnic variations in sexual behaviour in Great Britain and risk of sexually transmitted infections: A probability survey », *Lancet*, 365(9466), p. 1246-1255.

- GRAS M. J., WEIDE J. F., LANGENDAM M. W., COUTINHO R. A., VAN DEN HOEK A., 1999, « HIV prevalence, sexual risk behaviour and sexual mixing patterns among migrants in Amsterdam, The Netherlands », *AIDS*, 13(14), p. 1953-1962.
- HAMEL Christelle, 2006, « La sexualité entre sexisme et racisme : les descendantes de migrant-e-s du Maghreb et la virginité », *Nouvelles questions féministes*, 25(1), p. 41-58.
- HERTRICH Véronique, 2007, « Nuptialité et rapports de genre en Afrique. Tendances de l'entrée en union », in Locoh Thérèse (dir.), *Genre et sociétés en Afrique. Implications pour le développement*, Paris, Ined, Cahier n° 160, p. 281-307.
- INSEE, 2005, *Les immigrés en France, édition 2005*, Paris, Collection Insee références.
- KESBY Mike, FENTON Kevin A., BOYLE P., POWER R., 2003, « An agenda for future research on HIV and sexual behaviour among African migrant communities in the UK », *Social Science & Medicine*, 57(9), p. 1573-1592.
- LAGRANGE Hugues, LHOMOND Brigitte, 1997, *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*, Paris, La Découverte, 464 p.
- LALOU Richard, ROGIER Christophe, PURHUENCE Marie-Francke, 2006, « Les épidémies du VIH/Sida en République du Congo dans un contexte d'après-guerre : disparités géographiques et pluralité des environnements à risque », *Sexualité et procréation confrontées au sida dans les pays du Sud*, Paris, Ceped, p. 27-58.
- LANGE Marie-France, 2007, « L'évolution des inégalités d'accès à l'instruction en Afrique depuis 1960 », in Locoh Thérèse (dir.), *Genre et sociétés en Afrique. Implications pour le développement*, Paris, Ined, Cahier n° 160, p. 185-200.
- LE VU Stéphane, LE STRAT Yann, BARIN Francis, PILLONEL Josiane, CAZEIN Françoise *et al.*, 2010, « Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: A modelling analysis », *Lancet Infectious Diseases*, 10, p. 682-687.
- LE VU Stéphane, LE STRAT Yann, CAZEIN Françoise, PILLONEL Josiane, BOUSQUET Vanina *et al.*, et l'action coordonnée 23 de l'agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales, 2009, « Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH en France à l'aide d'un test d'infection récente », Saint-Maurice, INVS.
- LERT France, DORÉ Véronique, FASSIN Didier, SIMON Patrick, GILLOIRE Augustin *et al.*, 2002, *Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, Paris, ANRS, Sciences sociales et sida, 129 p.
- LESSAULT David, BEAUCHEMIN Cris, 2009, « Les migrations d'Afrique subsaharienne en Europe : un essor encore limité », *Population et sociétés*, n° 452, 4 p.
- LINOS Natalia, 2009, « Rethinking gender-based violence during war: Is violence against civilian men a problem worth addressing? », *Social Science & Medicine*, 68(8), p. 1548-1551.
- LYDIÉ Nathalie (dir.), 2007, *Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*, Saint-Denis, Inpes, collection Études santé, 176 p.
- LYDIÉ Nathalie, GUILBERT Philippe, SLIMAN Gaël, 2008, « Exemple de méthodologie pour une enquête auprès des populations d'Afrique subsaharienne », in Guilbert Philippe (dir.), *Méthodes de sondage*, Paris, Dunod, Cours et cas pratiques.
- MARUANI Margaret, 2005, *Femmes, genre et sociétés*, Paris, La Découverte, l'État des savoirs, 480 p.
- MCLEAN C. A., CAMPBELL C. M., 2003, « Locating research informants in a multi-ethnic community: Ethnic identities, social networks and recruitment methods », *Ethnicity and Health*, 8(1), p. 41-61.

■ E. MARSICANO, N. LYDIÉ, N. BAJOS

- MOUJOUR Nasima, 2008, « Effets de la migration sur les femmes et sur les rapports sociaux de sexe : au-delà des visions binaires », in Falquet Jules, Rabaud Aude, (dir.), *Femmes, genre, migrations et mondialisation : un état des problématiques*, Paris, Université Paris Diderot, Cahiers du Cedref, p. 57-79.
- MOUVAGHA-SOW Myriam, 2007, « L'évolution de la formation des unions à Libreville », in Locoh Thérèse (dir.), *Genre et sociétés en Afrique. Implications pour le développement*, Paris, Ined, Cahier n° 160, p. 343-356.
- RIGONI Isabelle, SÉHILI Djaouida, 2005, « Femmes dans la migration », *Migrations société*, 17(99-100), 272 p.
- SADLER K. E., MCGARRIGLE C. A., ELAM G., SSANYU-SSERUMA W., OTHIENO G. *et al.*, 2006, « Mayisha II: Pilot of a community-based survey of sexual attitudes and lifestyles and anonymous HIV testing within African communities in London », *AIDS Care*, 18(4), p. 398-403.
- SADLER K. E., MCGARRIGLE C. A., ELAM G., SSANYU-SSERUMA W., DAVIDSON O. *et al.*, 2007, « Sexual behaviour and HIV infection in Black-Africans in England: Results from the Mayisha II survey of sexual attitudes and lifestyles », *Sexually Transmitted Infections*, 83(7), 523-529.
- VAN VEEN M. G., KRAMER M. A., OP DE COUL E. L., VAN LEEUWEN A. P., DE ZWART O. *et al.*, 2009, « Disassortative sexual mixing among migrant populations in The Netherlands: A potential for HIV/STI transmission? », *AIDS Care*, 21(6), p. 683-691.
- WELLINGS Kaye, COLLUMBIEN Martine, SLAYMAKER Emma, SINGH Susheela, ZOÉ Hodges *et al.*, 2006, « Sexual behaviour in context: A global perspective », *Lancet*, 368(9548), p. 1706-1728.
- ZOUNGRANA Cécile, OUÉDRAOGO Idrissa et MARCOUX Richard, 2007, « L'émancipation des Africaines par l'école : mythe ou réalité ? », in Locoh Thérèse (dir.), *Genre et sociétés en Afrique. Implications pour le développement*, Paris, Ined, Cahier n° 160, p. 201-219.

**Elise MARSICANO, Nathalie LYDIÉ, Nathalie BAJOS • GENRE ET MIGRATION : L'ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ DES MIGRANTS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE EN FRANCE**

Cet article analyse la recomposition des rapports de genre en contexte migratoire à travers un prisme particulier : l'entrée dans la sexualité de personnes arrivant d'Afrique subsaharienne en France, à partir d'une enquête menée en 2005 auprès de 1 874 migrants d'Afrique subsaharienne en Île-de-France. Il s'agit de mettre à jour l'impact des trajectoires migratoires des femmes et des hommes sur leurs premières expériences sexuelles ainsi que les éventuelles transformations des relations de domination dans la sexualité après la migration. La construction de profils migratoires permet d'opérer une distinction entre contexte de socialisation pendant l'enfance et l'adolescence et contexte dans lequel s'est déroulé le premier rapport sexuel. Si les capitaux socioculturels jouent toujours un rôle déterminant s'agissant des calendriers d'entrée dans la sexualité, l'influence des socialisations scolaire et religieuse diffère selon le contexte d'entrée dans la sexualité, de manière différente pour les femmes et les hommes. En outre, pour les personnes qui ont débuté leur vie sexuelle avant de migrer, les écarts d'âge entre partenaires ainsi que la fréquence des premiers rapports forcés, notamment pour les femmes, témoignent de contextes relationnels particulièrement inégalitaires. À l'inverse, le fait d'avoir migré pendant l'enfance dessine des conditions d'entrée dans la sexualité sensiblement moins inégalitaires, proches de celles des personnes nées en France.

**ELISE MARSICANO, NATHALIE LYDIÉ, NATHALIE BAJOS • GENDER AND MIGRATION: THE SEXUAL DEBUT OF SUB-SAHARAN AFRICAN MIGRANTS IN FRANCE**

This article analyses the recomposition of gender relations in a migratory context through a specific viewpoint: the sexual debut of individuals who migrated from sub-Saharan Africa to France. It is based on a 2005 survey of 1,874 sub-Saharan African migrants in the Île-de-France region. The aim is to determine the impact of men's and women's migratory trajectories on their first sexual experiences, as well as any possible changes in sexual power relationships after migration. The construction of migratory profiles enabled us to distinguish between the context of socialization during childhood and adolescence, and the context in which the first sexual intercourse occurred. While social-cultural capital is still a determining factor in the timing of the sexual debut, the influence of educational and religious socialization differs according to the context of sexual debut, and differently for women and for men. Furthermore, in the case of individuals who became sexually active before migrating, the age gap between partners and the frequency of forced first sexual intercourse (notably for women), reflect very inegalitarian relational contexts. Conversely, the fact of having migrated during childhood provides more egalitarian conditions for sexual debut, similar to those of persons born in France.

**ELISE MARSICANO, NATHALIE LYDIÉ, NATHALIE BAJOS • GÉNERO Y MIGRACIÓN: LA ENTRADA EN LA SEXUALIDAD DE LOS MIGRANTES DE ÁFRICA SUBSAHARIANA EN FRANCIA**

Este artículo analiza la recomposición de las relaciones de género en un contexto migratorio a través de un prisma particular: la entrada en la sexualidad de personas migrantes de África subsahariana en Francia. La información proviene de una encuesta realizada en 2005 sobre 1874 migrantes de África subsahariana en la región de Île-de-France. Se trata de poner en evidencia el impacto de las trayectorias migratorias de los hombres y de las mujeres sobre sus primeras experiencias sexuales así como las transformaciones eventuales de las relaciones de dominación en la sexualidad después de la migración. La construcción de perfiles migratorios permite distinguir el contexto de socialización durante la infancia y la adolescencia del contexto en el que ha acontecido la primera relación sexual. Si el capital sociocultural juega un papel determinante cuando se trata del calendario de entrada en la sexualidad, la influencia de la socialización escolar y religiosa difiere según el contexto de entrada en la sexualidad, y ello de modo diferente en las mujeres y en los hombres. Además, para las personas que han comenzado su vida sexual antes de emigrar, la diferencia de edad en la pareja y la frecuencia de las primeras relaciones forzadas, en particular para las mujeres, constituyen pruebas de relaciones muy desiguales. Inversamente, el hecho de haber emigrado durante la infancia aporta condiciones de entrada en la sexualidad claramente menos desiguales, cercanas a las de las personas nacidas en Francia.

---

**Mots-clés :** Entrée dans la sexualité, Afrique subsaharienne, migrant, France, genre, socialisation.

**Keywords:** Sexual debut, sub-Saharan Africa, migrant, France, gender, socialization.





**ANNEXES**

---



## ANNEXE 1 – CHRONOLOGIE INDICATIVE DE L'ÉVOLUTION DE LA PRISE EN COMPTE DES MIGRANTS DANS LE CHAMP DU SIDA

	Surveillance épidémiologique	Recherches sur migration et sida	Politiques publiques et programmes de prévention	Création d'associations de migrants dans le champ du VIH/sida	Catégories et enquêtes sur les migrants
1982	Mise en place du système de surveillance du sida				
1985			Premiers tests de dépistage		
1986	DO sida			Création d'Uraca	
1988			Création des CDAG		
1989			La catégorie « migrants » entre dans l'appel d'offres de l'AFLS		
1990		1ères rencontres du Crips sur migrants et sida	Création d'un groupe de travail sur la santé des migrants (CFES)		
1991					Rapport du HCI : la catégorie « immigré » entre dans la statistique publique
1992					Enquête MGIS
1993	Enquête Prevagest				
1994		Recherche sur le VIH/sida en milieu arabo-musulman			
1995	1ers chiffres sur la situation du sida parmi les étrangers publiés par l'InVS			Création d'Afrique Avenir  Création de Migrants contre le sida	
1996		1er article sur migrants et sida	Arrivée des traitements		

	Surveillance épidémiologique	Recherches sur migration et sida	Politiques publiques et programmes de prévention	Création d'associations de migrants dans le champ du VIH/sida	Catégories et enquêtes sur les migrants
1997					Controverse des démographiques
1998	Publication des chiffres du sida dans Le Monde				Rapport du HCI sur les discriminations raciales
1999	Rapport de l'InVS sur la situation du sida parmi les étrangers				
2000		Journée d'études de l'ANRS sur migrants et sida			
2001			Programme national de lutte contre le VIH/sida		
2002	La CNIL rend un avis (consultatif) négatif quant à l'insertion dans les DOS VIH/sida de la variable « nationalité à la naissance »	Enquête sur les parcours sociomédicaux des personnes originaires d'ASS atteintes par le VIH/sida	Cible migrants dans les campagnes nationales		
2003	DO VIH	Enquête Vespa			
2004		Mise en place du groupe « migrants VIH » (ANRS)  Enquête Retard  Publication d'un numéro de la revue Transcriptases sur « sida et migration »	1 <sup>er</sup> programme de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers migrants		
2005		Enquête KABP migrants			
2007	Données sur nationalité de naissance, nationalité actuelle et pays de naissance dans la DO VIH et sida				Deuxième controverse des démographiques
2008					Enquête TeO

## **ANNEXE 2 – DÉCLARATION DE MIGRANTS CONTRE LE SIDA LORS DE LA JOURNÉE « SIDA ET IMMIGRATION : LA RECHERCHE EN QUESTION »**

---

Migrants contre le sida refuse de participer à la parodie organisée aujourd'hui par l'ANRS. Les premiers concernés, les malades issus de l'immigration, sont exclus des débats. Certains des intervenants ont perpétué, pendant des années, le silence et le déni alors que l'épidémie frappait déjà de plein fouet les immigrés. Enfin, cette rencontre ne pose ni la responsabilité des pouvoirs publics, ni la complicité des associations institutionnelles dans la gestion de l'épidémie.

### **Anne Laporte : votre santé publique nuit à notre santé**

La conclusion du rapport d'Anne Laporte (InVS) sur la situation du sida au sein de la population étrangère (InVS, 1999) adopte une position ouvertement raciste sur les causes de l'épidémie. Pour l'Institut, chez les Africains noirs, le sida peut être « une pathologie d'importation, dans la mesure où l'étranger vient en France déjà porteur du VIH ». Pour les Maghrébins, il s'agirait d'un problème d'intégration dont ils seraient eux-mêmes responsables, du « fait d'une opposition entre la culture parentale transmise et la perte des valeurs traditionnelles liée à l'immigration ». Nous appelons tous ceux engagés sur le front du sida aujourd'hui à refuser ces propos ouvertement racistes, réducteurs, et ridicules.

Si les immigrés sont frappés hors proportion par le virus, c'est la conséquence des choix politiques en matière d'immigration et de santé publique : depuis 30 ans, les immigrés et leurs enfants sont parqués dans le ghetto, des bidonvilles au HLM. Ils sont la cible des expulsions, de la répression policière, de la discrimination administrative d'État faite entre « bons » et « mauvais » immigrés...

### **De AIDES à Act Up : refusez de gérer la misère des malades**

En 1999, Christian Saout, président d'AIDES Fédération, se déclarait rassuré sur l'utilité de son association tentaculaire : « Aides est vitale. La précarité et la vulnérabilité sociale s'expriment de plus en plus fortement... » (Libération, 25.10.1999). Éric Dagher d'Act Up Paris revendique sa gestion de « 27 dossiers brûlants concernant Étrangers » (sic). Dominique Gillot, Secrétaire d'État à la Santé, encourage les associations classiques à « permettre le transfert des savoir-faire acquis contre l'épidémie vers d'autres domaines... soutenu par des crédits... contre l'exclusion et non plus seulement par des crédits SIDA ». Message reçu : la misère croissante des malades est le dernier marché juteux pour les associations classiques, il y aura des « dossiers brûlants » pour tout le monde.

Il faut dénoncer les vrais responsables : les décideurs économiques qui organisent la pauvreté, les politiques qui se dédouanent de leur responsabilité de garantir l'accès aux soins et l'égalité des droits face à la maladie. Migrants contre le sida appelle ces associations à refuser toute collaboration à cette gestion de la misère, toute « solution » qui consiste à faire une exception ou à réserver certains « privilèges » aux séropositifs : des consultations précarité aux autorisations de séjour « pour soins », ainsi se creusent les inégalités entre les malades. L'hôpital doit soigner tout le monde, seul l'arrêt de toutes les expulsions mettra fin aux expulsions de malades.

### **Vingt ans d'attente : nous avons perdu notre patience**

Nous avons attendu vingt ans pour que les institutions reconnaissent timidement que, oui, les immigrés payent un lourd tribut à l'épidémie. Quand ce ne sont pas des conclusions ouvertement racistes, c'est (comme avec le rapport Delfraissy) pour se limiter à ce constat, sans oser formuler la moindre proposition. Des rares études faites, la plupart sont bien loin de répondre aux questions qui comptent pour les séropositifs immigrés, d'autres ont été

enterrées par leurs financeurs. Les « équipes de recherche » ont un choix à faire : vont-elles s'intéresser aux conditions de vie des malades issus de l'immigration pour renforcer les thèses ouvertement racistes de la santé publique officielle, ou parce qu'aujourd'hui il y aurait des budgets à gratter ?

Aujourd'hui, certains s'étonnent de notre colère, s'émeuvent de notre prétendue agressivité. C'est vrai, nous avons perdu notre patience : pendant que les chercheurs s'interrogent et les associations classiques grattent des budgets, la plupart des malades qui meurent encore du sida sont des immigrés. Il faut rappeler que l'inégalité face à la maladie, c'est la mort.

**Paris, le 9 octobre 2000, Migrants contre le sida**

## ANNEXE 3 – QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE KABP MIGRANTS

<b>Bva SANTE</b> 191, avenue du Général Leclerc 78222 Viroflay cedex <b>Juin 2005</b>
--

 N° d'étude 

Q	3	2	0
---	---	---	---

 Jour et mois d'interview 

--	--

 / 

--	--

 / 

0	5
---	---

 Heure de début 

--	--

 h 

--	--

 mn

Nom d'enquêteur \_\_\_\_\_

Nom de la commune \_\_\_\_\_

Nom exact du site \_\_\_\_\_

Bonjour, je suis X de l'institut d'études BVA je réalise actuellement une étude dans un but scientifique pour le compte de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et du Ministère de la Santé. Les résultats de cette enquête sont strictement anonymes. BVA et l'INPES vous garantissent le strict respect de la confidentialité des réponses que vous fournirez.

Les questions que je souhaite vous poser portent exclusivement sur les personnes âgées de 18 à 49 ans nés dans un PAYS AFRICAINS et habitant l'île de France.

**Q0. Est-ce votre cas ?**

1. OUI  
 2. NON → STOP INTERVIEW

**Q0bis. Dans quel pays êtes-vous né ?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Afrique du Sud      | <input type="checkbox"/> 22. Lesotho                          |
| <input type="checkbox"/> 2. Angola              | <input type="checkbox"/> 23. Libéria                          |
| <input type="checkbox"/> 3. Bénin               | <input type="checkbox"/> 24. Madagascar                       |
| <input type="checkbox"/> 4. Botswana            | <input type="checkbox"/> 25. Malawi                           |
| <input type="checkbox"/> 5. Burkina Faso        | <input type="checkbox"/> 26. Mali                             |
| <input type="checkbox"/> 6. Burundi             | <input type="checkbox"/> 27. Mauritanie                       |
| <input type="checkbox"/> 7. Cameroun            | <input type="checkbox"/> 28. Mozambique                       |
| <input type="checkbox"/> 8. Cap Vert            | <input type="checkbox"/> 29. Namibie                          |
| <input type="checkbox"/> 9. Comores (Les)       | <input type="checkbox"/> 30. Niger                            |
| <input type="checkbox"/> 10. Congo              | <input type="checkbox"/> 31. Nigeria                          |
| <input type="checkbox"/> 11. Côte d'Ivoire      | <input type="checkbox"/> 32. Ouganda                          |
| <input type="checkbox"/> 12. Djibouti           | <input type="checkbox"/> 33. République Centrafricaine        |
| <input type="checkbox"/> 13. Erythrée           | <input type="checkbox"/> 34. République Démocratique du Congo |
| <input type="checkbox"/> 14. Ethiopie           | <input type="checkbox"/> 35. Rwanda                           |
| <input type="checkbox"/> 15. Gabon              | <input type="checkbox"/> 36. Sao Tomé et Principe             |
| <input type="checkbox"/> 16. Gambie             | <input type="checkbox"/> 37. Sénégal                          |
| <input type="checkbox"/> 17. Ghana              | <input type="checkbox"/> 38. Sierra Leone                     |
| <input type="checkbox"/> 18. Guinée             | <input type="checkbox"/> 39. Somalie                          |
| <input type="checkbox"/> 19. Guinée-Bissau      | <input type="checkbox"/> 40. Soudan                           |
| <input type="checkbox"/> 20. Guinée Equatoriale | <input type="checkbox"/> 41. Swaziland                        |
| <input type="checkbox"/> 21. Kenya              | <input type="checkbox"/> 42. Tanzanie                         |
|   | <input type="checkbox"/> 43. Tchad                            |
|   | <input type="checkbox"/> 44. Togo                             |
|   | <input type="checkbox"/> 45. Zambie                           |
|   | <input type="checkbox"/> 46. Zimbabwe                         |



[ ]

**Q1. Quel âge avez-vous ?**

*Enquêteur : Si la personne hésite, posez la question suivante : « en quelle année êtes-vous né ? »  
Notez l'âge en clair*

/ \_ / \_ / ans

OU

/ 1 / 9 / \_ / \_

**Enquêteur :** Moins de 18 ans → STOP INTERVIEW  
50 ans et plus → STOP INTERVIEW

**Q1b. Habitez-vous dans la région Ile-de-France ?**

- 1. OUI
- 2. NON → STOP INTERVIEW

----- DEBUT QUESTIONNAIRE -----

*Pour commencer je vais vous poser des questions générales.*

**Q2. L'intervé est :**

- 1. un homme
- 2. une femme

**Q3. Quelle est votre nationalité ?**

*Enquêteur : Ne rien suggérer  
Si la personne a la double nationalité, noter les 2*

- 1. (Malien)
- 2. (Ivoirien)
- 3. (Camerounais)
- 4. (Congolais (RDC))
- 5. (Congolais)
- 6. (Sénégalais)
- 7. (Français par acquisition)
- 8. (Autre nationalité (précisez)) : .....
- 9. (NSP/NR)

**Q4. En quelle année êtes-vous arrivé en France ?**

*Enquêteur : Si année ≥ 2004, préciser en plus le mois d'arrivée  
Si NSP ou NR, coder 9998 dans l'année uniquement*

Année : / \_ / \_ / \_ / \_

Mois : / \_ / \_

[ ]

[ ]

**Q5. Dans quel pays habitiez-vous avant de venir en France ?**  
*Enquêteur : Préciser qu'il s'agit d'une résidence d'au moins 6 mois dans le pays*

/ \_\_\_\_\_ /

**Q6. Pour quelle principale raison êtes-vous venu en France ?**  
*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

1. Rejoindre un conjoint ou un membre de votre famille
2. Faire des études
3. Chercher un travail
4. Pour des raisons politiques
5. Pour raisons médicales
6. Pour une autre raison (précisez) : .....
- .....
7. (NSP/NR)

**Q7. Quel est votre niveau d'études ?**

*Enquêteur : Si la personne hésite, posez la question suivante : « Quelle est la dernière classe que vous avez fréquentée ? » et cochez*

1. Primaire (CP à CM2)
2. Secondaire I (6<sup>ème</sup> à 3<sup>ème</sup>)
3. Secondaire II (2<sup>nd</sup>e à terminale)
4. Etudes supérieures au bac
5. N'est jamais allé à l'école
6. Autres
7. (NSP/NR)

**Q8. Actuellement, est-ce que vous travaillez ?**

*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

1. Oui, vous exercez une activité déclarée ou non déclarée → passer à Q9
2. Non, vous êtes au chômage → passer à Q10
3. Non, vous poursuivez vos études → passer à Q10
4. Non, vous êtes au foyer → passer à Q10
5. Non, vous êtes à la retraite → passer à Q10
6. Non, vous êtes en congé de longue durée ou en congé maternité → passer à Q10
7. Autres (précisez) : ..... → passer à Q10
- .....
8. (NSP/NR) → passer à Q10

**Q9. Quelle est votre profession actuellement ?**

*Enquêteur : Ne poser qu'aux personnes qui travaillent actuellement, noter en clair*

/ \_\_\_\_\_ /

[ ]

[ ]

**Q10. Actuellement, d'un point de vue légal, êtes-vous...**Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse

- |                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. Marié(e)  | → HOMME, passer à Q10b OU FEMME, passer à Q10 |
| <input type="checkbox"/> | 2. Pacsé(e)  | → passer à Q11                                |
| <input type="checkbox"/> | 3. Célibataire                                       | → passer à Q11                                |
| <input type="checkbox"/> | 4. Divorcé(e) ou en instance de divorce ou séparé(e) | → passer à Q11                                |
| <input type="checkbox"/> | 5. Veuf(ve)  | → passer à Q11                                |
| <input type="checkbox"/> | 6. (NSP/NR)  | → passer à Q11                                |

**Enquêteur** : Si HOMME ET Q10 = marié alors poser Q10b, sinon passer à Q11**Q10b. Avez-vous plus d'une épouse ?**

- |                          |  |                |
|--------------------------|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. OUI, elles habitent toutes en France                                      | → passer à Q11 |
| <input type="checkbox"/> | 2. OUI, certaines habitent en France et d'autres habitent dans un autre pays | → passer à Q11 |
| <input type="checkbox"/> | 3. NON   | → passer à Q11 |
| <input type="checkbox"/> | 4. (NR)  | → passer à Q11 |

**Enquêteur** : Si FEMME ET Q10 = mariée alors poser Q10c, sinon passer à Q11**Q10c. Votre mari a-t-il d'autres épouses que vous ?**

- |                          |  |                |
|--------------------------|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. OUI, elles habitent toutes en France                                      | → passer à Q11 |
| <input type="checkbox"/> | 2. OUI, certaines habitent en France et d'autres habitent dans un autre pays | → passer à Q11 |
| <input type="checkbox"/> | 3. NON   | → passer à Q11 |
| <input type="checkbox"/> | 4. (NR)  | → passer à Q11 |

**Q11. Quelle est la langue que vous parlez le plus souvent en famille ?**Enquêteur : Noter en clair – Une seule réponse

/ \_\_\_\_\_ /

**Q12. Quelle est votre religion ?**Enquêteur : Ne rien suggérer – Une seule réponse

- |                          |  |                |
|--------------------------|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. (Catholique)                        | → passer à Q13 |
| <input type="checkbox"/> | 2. (Protestant)                        | → passer à Q13 |
| <input type="checkbox"/> | 3. (Musulman)                          | → passer à Q13 |
| <input type="checkbox"/> | 4. (Autre religion (précisez)) : ..... | → passer à Q13 |
| <input type="checkbox"/> | 5. (Pas de religion)                   | → passer à Q14 |
| <input type="checkbox"/> | 6. (NSP/NR)                            | → passer à Q14 |

**Q13. Par rapport à la religion, diriez-vous que...**Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. Vous ne pratiquez pas  |
| <input type="checkbox"/> | 2. Vous pratiquez de temps en temps   |
| <input type="checkbox"/> | 3. Vous pratiquez uniquement au moment d'évènements importants (mariage, baptême, enterrement...) |

L - 4 - J

4. Vous pratiquez régulièrement  
 5. (NSP/NR)

**Q14. Actuellement, où logez-vous ?**

*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

1. Vous êtes locataire d'un appartement ou d'une maison  
 2. Vous logez dans un foyer ou dans un centre d'hébergement  
 3. Vous logez dans un hôtel  
 4. Vous vivez chez un ou des amis  
 5. Vous vivez chez vos parents ou chez d'autres membres de votre famille  
 6. Vous êtes propriétaire de votre logement  
 7. Autre situation (précisez) : .....  
 .....  
 8. (NSP/NR)

**Q15. Avec combien de personnes habitez-vous ? (en dehors de vous)**

*Enquêteur : Quelque soit le lieu où l'interviewé vit, on veut connaître le nombre d'amis ou de membres de la famille avec lesquels il vit  
Si NSP ou NR, coder 98*

/ \_ / \_ / personnes en dehors du répondant

**Enquêteur : Si Q15 = au moins 1 personne alors poser Q16, sinon passer à Q17**

**Q16. Qui sont ces personnes et combien sont-elles ?**

*Enquêteur : Si NSP ou NR, coder 98*

*Le total des personnes doit être égal au nombre noté en Q15*

Conjoints (mari, femme, compagnon, compagne) : / \_ / \_ /

Enfants (les vôtres) : / \_ / \_ /

Membres de votre famille (parents, sœurs, frères, oncles, neveux, nièces...) : / \_ / \_ /

Autres personnes : / \_ / \_ /

**TOTAL** : / \_ / \_ /

**Je vais maintenant vous poser des questions qui portent sur la santé.**

**Q17. Parmi ces différents risques et maladies, pouvez-vous me dire si vous les craignez pour VOUS-MÊME : pas du tout, peu, pas mal ou beaucoup ?**

*Enquêteur : rotation aléatoire – Une réponse par ligne*

	Pas du tout	Peu	Pas mal	Beaucoup	(NSP/NR)
1. La tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le risque d'être stérile (c'est-à-dire ne pas pouvoir avoir d'enfants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le paludisme (aussi appelé « malaria »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[

]

**Q18. Diriez-vous que le sida peut s'attraper...**

*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

*Le paludisme est aussi appelé malaria*

1. Plus facilement que le paludisme
2. Aussi facilement que le paludisme
3. Moins facilement que le paludisme
4. (NSP/NR)

**Q19. Pouvez-vous indiquer si, oui ou non, le virus du sida peut être transmis dans chacune des circonstances suivantes ?**

*Enquêteur : rotation aléatoire – Une réponse par ligne*

	OUI	NON	(NSP)
1. Lors de rapports sexuels, sans préservatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lors de rapports sexuels, avec préservatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dans les toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Chez le coiffeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En buvant dans le verre ou en mangeant dans l'assiette d'une personne contaminée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En embrassant une personne contaminée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Par une piqûre de moustique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En recevant du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Lors d'une piqûre avec une seringue déjà utilisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. En serrant la main d'une personne contaminée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. De la mère à son enfant au moment de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q20. Je vais vous citer un certain nombre de moyens éventuels pour se protéger du virus du SIDA. Pour chacun d'entre eux, dites-moi si vous estimez que c'est un moyen tout à fait efficace, plutôt efficace, peu efficace ou pas du tout efficace ?**

*Enquêteur : rotation aléatoire – Une réponse par ligne*

	Tout à fait efficace	Plutôt efficace	Peu efficace	Pas du tout efficace	(NSP)
1. Se laver après l'acte sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Etre fidèle à un seul partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Utiliser un préservatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Demander un test de dépistage à son/ses partenaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Faire régulièrement un test du virus du sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avoir recours à un féticheur / tradipraticien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se retirer avant la fin du rapport sexuel (c'est-à-dire pratiquer le coït interrompu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Boire des tisanes ou des thés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Prier / s'en remettre à Dieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q21. Selon vous, peut-on reconnaître, par des signes extérieurs, si une personne est porteuse du virus du sida ?**

1. OUI
2. NON
3. (NSP/NR)

L

]

[ ]

**Q22. Selon vous, combien de temps faut-il pour qu'une personne séropositive tombe malade ?**

*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

1. Plusieurs semaines
2. Plusieurs mois
3. Plusieurs années
4. Immédiatement : si elle est séropositive, c'est qu'elle est malade
5. Autre
6. (Ne sait pas ce qu'est « une personne séropositive »)
7. (NR)

**Q23. Actuellement en France, pour effectuer un test de dépistage du virus du sida, fait-on...**

*Enquêteur : rotation aléatoire – Une réponse par ligne*

	OUI	NON	(NSP/NR)
1. ... Une radiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Une analyse de sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Une analyse d'urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q24. Avez-vous entendu parler des traitements contre le virus du sida, que l'on appelle trithérapies, multithérapies ou encore traitements antirétroviraux ?**

1. OUI → passer à Q25
2. NON → passer à Q26
3. (NSP/NR) → passer à Q26

**Enquêteur : Si Q24 = OUI alors poser Q25, sinon passer à Q26**

**Q25. A propos de ces traitements, êtes-vous tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord avec les phrases suivantes ?**

*Enquêteur : rotation aléatoire – Une réponse par ligne*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	(NSP/NR)
1. Grâce à ces traitements, les séropositifs ne transmettent plus le virus du sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Grâce à ces traitements, les malades du sida vivent plus longtemps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Grâce à ces traitements, on guérit définitivement du sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q26. Avez-vous entendu parler d'un traitement qui permet de réduire le risque de transmission du virus du sida de la mère à l'enfant ?**

1. OUI
2. NON
3. (NSP/NR)

**Q27. Si vous saviez que quelqu'un est contaminé par le virus du sida, accepteriez-vous...**

	OUI	Peut-être	NON	(NSP)
1. De travailler en sa compagnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. D'aller manger chez lui/elle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. D'habiter sous le même toit que lui/elle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De laisser vos enfants ou petits enfants en sa compagnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[ ]

Q28. Je vais vous demander votre avis sur un certain nombre de thèmes de débat qui concernent la société française. Pour chacun d'entre eux, pouvez-vous me dire si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord ?

Enquêteur : rotation aléatoire – Une réponse par ligne		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	(NSP)
1.	Il faut interdire à un enfant atteint du sida d'aller à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Dans les hôpitaux, il faut isoler les malades du sida des autres patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Le sida est un châtement de Dieu, une malédiction, un mauvais sort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q29. Si une personne est contaminée par le virus du sida, est-il, selon vous, normal que le médecin informe également...

	OUI	NON	(NSP/NR)
1. Le conjoint/partenaire régulier de cette personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les autres partenaires sexuels de cette personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La famille de cette personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. L'employeur de cette personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Les autres professionnels de santé que cette personne consulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q30. Voici quelques opinions sur les préservatifs. Pour chacune d'elles, pouvez-vous me dire si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord ?

Enquêteur : rotation aléatoire – Une réponse par ligne		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	(NSP/NR)
1.	Quand on s'aime, on n'a pas besoin de préservatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Le préservatif, c'est compliqué à utiliser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Le préservatif, ça diminue le plaisir sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Le préservatif, ça crée des doutes sur le partenaire ou sur soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Utiliser un préservatif, c'est quelque chose de banal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Le préservatif, ça incite à avoir plusieurs partenaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Les préservatifs, j'ai honte d'en acheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Quand on est marié, on n'a pas besoin de préservatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q31. Avez-vous déjà entendu parler du préservatif féminin ?

Enquêteur : Si la personne demande une précision, citer « c'est-à-dire le Fémidon ou Présinette »

1. OUI → passer à Q32  
 2. NON → passer à Q33  
 3. (NSP/NR) → passer à Q33

Si Q31 = OUI alors poser Q32, sinon passer à Q33

Q32. En avez-vous, vous-même ou votre partenaire, déjà utilisé ?

1. OUI  
 2. NON  
 3. (NSP/NR)

[ ]

**Q33. Vous-même, vous considérez que, par rapport à la moyenne des gens, vous avez plus de risque, le même risque, moins de risque ou aucun risque d'être contaminé par le virus du sida ?**

- 1. Plus de risque
- 2. Le même risque
- 3. Moins de risque
- 4. Aucun risque
- 5. (NSP/NR)

**Q34. Vous-même, avez-vous déjà craint d'avoir été contaminé par le virus du sida ?**

- 1. OUI
- 2. NON
- 3. (NSP/NR)

**Q35. Vous, personnellement, que faites-vous pour vous protéger du VIH/SIDA ?**

*Enquêteur : Ne rien suggérer – Plusieurs réponses possibles – Bien relancer*

- 1. (N'a pas de rapport sexuel)
- 2. (Est fidèle à son/sa partenaire)
- 3. (Utilise toujours des préservatifs)
- 4. (Fait des tests de dépistage régulièrement)
- 5. (Demande à son/sa partenaire s'il/elle a fait un test de dépistage)
- 6. (N'a des rapports sexuels qu'avec des personnes de sa communauté)
- 7. (Pose des questions à son/sa partenaire sur sa vie sexuelle passée)
- 8. (S'en remet à Dieu)
- 9. (A recours aux féticheurs ou aux tradipraticiens)
- 10. Autre (précisez) : .....
- 11. (Ne fait rien)
- 12. (NSP/NR)

---

*Nous allons maintenant changer de sujet pour parler de votre vie affective et sexuelle. Je vous rappelle que ce questionnaire demeure strictement anonyme, que vos réponses sont très utiles aux chercheurs et que nous sommes amenés à vous poser certaines questions qui ne vous concernent pas forcément.*

---

**Q36. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?**

- 1. OUI
- 2. NON
- 3. (Ne veut pas dire)

→ passer à la partie 1 (page 10)

→ passer à la partie 7 (page 22)

→ passer à la partie 7 (page 22)

[ ]



**PARTIE 1**  
**AUX PERSONNES AYANT DEJA EU**  
**DES RAPPORTS SEXUELS**  
**Q36, page 9 = oui**

**Q37. Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu un rapport sexuel ?**

*Enquêteur : Si NSP ou NR, coder 98*

/\_/\_/ ans

**Q38. Quel âge avait votre partenaire au moment de ce premier rapport sexuel ?**

*Enquêteur : Si NSP ou NR, coder 98*

/\_/\_/ ans

**Q38a. Ce premier partenaire était...**

- 1. un homme
- 2. une femme
- 3. (NR)

**Q39. Ce premier rapport sexuel était quelque chose...**

*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

- 1. que vous souhaitiez à ce moment-là
- 2. que vous avez accepté mais que vous ne souhaitiez pas vraiment
- 3. que vous avez été forcé de faire contre votre volonté
- 4. (NSP/NR)

**Q40. Lors de ce premier rapport sexuel, est-ce que vous ou votre partenaire avez employé une méthode pour éviter une grossesse ou les maladies/infections sexuellement transmissibles ?**

- 1. OUI                   → passer à Q41
- 2. NON                   → passer à Q42
- 3. (NSP/NR)           → passer à Q42

Si Q40 = OUI alors poser Q41, sinon passer à Q42

**Q41. Quelle(s) méthode(s) avez-vous utilisée(s) ?**

*Enquêteur : Ne rien suggérer – Plusieurs réponses possibles – Bien relancer*

- 1. (Pilule)
- 2. (Préservatif masculin)
- 3. (Préservatif féminin)
- 4. (Diaphragme / éponge)
- 5. (Douche vaginale)
- 6. (Crèmes spermicides / ovules)
- 7. (Retrait avant l'éjaculation (coït interrompu))
- 8. Autre (précisez) : .....
- 9. (NSP/NR)

「

」

**Q42. Avez-vous actuellement un ou plusieurs partenaires stables ou réguliers ?**

- 1. OUI → *passer à la partie 2 (page 12)*
- 2. NON → *passer à la partie 4 (page 17)*
- 3. (NR) → *passer à la partie 4 (page 17)*



L

- 11 -

J

**PARTIE 2**  
**AUX PERSONNES AYANT UN PARTENAIRE STABLE**  
**ACTUELLEMENT**  
**Q42, page 11 = oui**

**Q43. Combien de partenaires stables avez-vous actuellement ?**

*Enquêteur : Si NSP ou NR, coder 98*

*Si Q10b = OUI, alors nombre de partenaires stables > 1*

/\_\_/\_\_/ partenaires stables

**Enquêteur :** Si Q43 = 2 partenaires stables ou +, lire la phrase suivante, sinon passer directement à Q44 :

**Nous allons maintenant parler du partenaire stable avec lequel vous avez eu votre dernier rapport sexuel.**

**Q44. Depuis combien de temps dure cette relation avec cette personne ?**

*Enquêteur : Si dure depuis moins d'un an, coder le nombre de mois uniquement*

*Si NSP ou NR, coder 98 dans l'année uniquement*

/\_\_/\_\_/ ans

OU

Si la relation dure depuis moins d'1 an : /\_\_/\_\_/ mois

**Q45. Quel âge a cette personne ?**

*Enquêteur : Si NSP ou NR, coder 98*

/\_\_/\_\_/ ans

**Q45a. Ce partenaire est...**

1. Un homme  
 2. Une femme  
 3. (NR)

**Q46. Quelle est sa nationalité ?**

*Enquêteur : Ne rien suggérer*

1. (Malien)  
 2. (Ivoirien)  
 3. (Camerounais)  
 4. (Congolais (RDC))  
 5. (Congolais)  
 6. (Sénégalais)  
 7. (Français par acquisition)  
 8. (Français de naissance)  
 9. (Autre nationalité (précisez)) : .....  
 10. (NSP/NR)

[

]

**Q47. Partagez-vous le même domicile ?**

1. OUI  
 2. NON  
 3. (NSP/NR)

**Q48. Cette personne exerce-t-elle une activité ?**Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse

1. Oui, à temps complet  
 2. Oui, à temps partiel  
 3. Non, est chômeur  
 4. Non, est retraité  
 5. Non, est à la recherche d'un premier emploi  
 6. Non, est au foyer ou sans profession  
 7. Non, est étudiant ou lycéen  
 8. Non, autre  
 9. (NSP/NR)

**Q49. Vous est-il déjà arrivé de parler avec ce/cette partenaire...**Enquêteur : rotation aléatoire – Une réponse par ligne

	OUI	NON	(NSP/NR)
1. De contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De sida ou maladies sexuellement transmissibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. D'utiliser des préservatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De faire un test de dépistage du VIH/sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. De la fidélité dans le couple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q50. Vous ou votre partenaire utilisez-vous en ce moment une méthode pour ne pas avoir d'enfant ?**

1. OUI → passer à Q51  
 2. NON → passer à Q52  
 3. (Non concerné : femme enceinte, ménopausée...) → passer à Q52  
 4. (NSP) → passer à Q52  
 5. (NR) → passer à Q52

**Enquêteur** : Si Q50 = OUI alors poser Q51, sinon passer à Q52**Q51. Quelle(s) méthode(s) utilisez-vous ?**Enquêteur : Ne rien suggérer – Plusieurs réponses possibles

1. (Pilule)  
 2. (Stérilet)  
 3. (Préservatif masculin)  
 4. (Diaphragme / éponge)  
 5. (Crèmes spermicides / ovules)  
 6. (Préservatif féminin)  
 7. (Retrait avant l'éjaculation (coït interrompu))  
 8. (Eviter les rapports sexuels les jours les plus à risque de grossesse (méthode Ogino, températures, glaire...))  
 9. Autre (précisez) : .....  
.....  
 10. (NSP/NR)

L

- 13 -

J

┌

└

**Q52. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec d'autres personnes que le ou les partenaires stables que nous avons évoqués ?**

- 1. OUI → **passer à la partie 3 (page 15)**
- 2. NON → **passer à Q52b**
- 3. (NR) → **passer à Q52b**

**Enquêteur :** Si Q52 = NON ou (NR) alors poser Q52b et Q52c, sinon passer à partie 3 page 15

**Q52b. Au total, au cours des 12 derniers mois, combien de partenaires avez-vous eu ?**

*Enquêteur :* Si Q52 = NON alors Q52b = Q43  
Si NSP ou NR, coder 998

/ \_ / \_ / \_ / partenaires

**Q52c. Et au cours de votre vie, avec combien de partenaires avez-vous eu des rapports sexuels ?**

*Enquêteur :* Si NSP ou NR, coder 998

/ \_ / \_ / \_ / partenaires

<b>Enquêteur :</b> Si Q52b = 1 partenaire, passer à la partie 6 (page 20) Si Q52b = 2 partenaires ou +, passer à la partie 5 (page 19)
---

┌

└

**PARTIE 3**  
**AUX PERSONNES AYANT EU UN PARTENAIRE DANS LES**  
**12 DERNIERS MOIS AUTRE QUE LE PARTENAIRE STABLE**  
**ACTUEL**  
**Q52, page 14 = oui**

Q53. Avec combien de partenaires autres que le/les partenaire(s) stable(s) que nous venons d'évoquer, avez-vous eu des relations sexuelles au **cours des 12 derniers mois** ?

*Enquêteur* : Si NSP ou NR, coder 998

/\_/\_/\_/\_/ partenaires

**Enquêteur** : Si Q53 = 2 partenaires non stables ou + lire la phrase suivante, sinon passer directement à Q54 :

**Nous allons maintenant parler de la relation et du partenaire autre que le partenaire stable dont nous venons de parler avec lequel vous avez eu votre dernier rapport sexuel.**

Q54. Comment appelleriez-vous cette relation ?

*Enquêteur* : Si besoin, préciser «Comment définiriez-vous cette relation ?» - Noter en clair

/\_\_\_\_\_/  
 /\_\_\_\_\_/

Q55. Quel âge a cette personne ?

*Enquêteur* : Si NSP ou NR, coder 98

/\_/\_/\_/ ans

Q55a. Ce partenaire est...

1. un homme  
 2. une femme  
 3. (NR)

Q56. Quelle est sa nationalité ?

*Enquêteur* : Ne rien suggérer

1. (Malien)  
 2. (Ivoirien)  
 3. (Camerounais)  
 4. (Congolais (RDC))  
 5. (Congolais)  
 6. (Sénégalais)  
 7. (Français par acquisition)  
 8. (Français de naissance)  
 9. (Autre nationalité (précisez)) : .....  
 10. (NSP/NR)

[

]

**Q57. Avant d'avoir des rapports sexuels avec cette personne, avez-vous parlé...**

*Enquêteur* : rotation aléatoire – Une réponse par ligne

	OUI	NON	(NSP/NR)
1. De contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De sida ou maladies sexuellement transmissibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. D'utiliser des préservatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q58. Lors du premier rapport sexuel avec cette personne, avez-vous utilisé un préservatif ?**

1. OUI  
 2. NON  
 3. (NSP)  
 4. (NR)

**Q59. D'une manière générale, utilisez-vous un préservatif avec lui/elle ?**

1. Toujours  
 2. La plupart du temps  
 3. Rarement  
 4. Jamais  
 5. Non concerné (n'a eu qu'un rapport sexuel avec cette personne)  
 6. (NSP/NR)

**Q59b. Au total, au cours des 12 derniers mois, vous avez eu :**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ partenaires.

*Enquêteur* : Faire la somme du nombre en Q43 (page 12) et Q53 (page 15) pour calculer le total des partenaires au cours des 12 derniers mois  
 Ne peut pas être égal à 1

**Q60. Et au cours de votre vie, avec combien de partenaires avez-vous eu des rapports sexuels ?**

*Enquêteur* : Si NSP ou NR, coder 998

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ partenaires

**Enquêteur :** passer à la partie 5 (page 19)



L

J

**PARTIE 4**  
**AUX PERSONNES N'AYANT**  
**PAS DE PARTENAIRE STABLE ACTUELLEMENT**  
**Q42, page 11 = non ou (NR)**

**Q61. Combien de partenaires avez-vous eu au cours de votre vie ?**

*Enquêteur : Si NSP ou NR, coder 9998*

/ \_ / \_ / \_ / \_ / partenaires

**Q62. Et au cours des 12 derniers mois ?**

*Enquêteur : Si NSP ou NR, coder 998*

/ \_ / \_ / \_ / partenaires

**Enquêteur : Si Q62 = 0 partenaire, passer à partie 6 (page 20)**

**Si Q62 = 2 partenaires ou + lire la phrase suivante, sinon passer directement à Q63 :**

***Nous allons maintenant parler du partenaire avec lequel vous avez eu votre dernier rapport sexuel.***

**Q63. Comment appelleriez-vous cette relation ?**

*Enquêteur : Si besoin, préciser « Comment définiriez-vous cette relation ? » - Noter en clair*

/ \_\_\_\_\_ /

/ \_\_\_\_\_ /

**Q64. Quel âge a cette personne ?**

*Enquêteur : Si NSP ou NR, coder 98*

/ \_ / \_ / ans

**Q64a. Ce partenaire est...**

1. Un homme  
 2. Une femme  
 3. (NR)

**Q65. Quelle est sa nationalité ?**

*Enquêteur : Ne rien suggérer*

1. (Malien)  
 2. (Ivoirien)  
 3. (Camerounais)  
 4. (Congolais (RDC))  
 5. (Congolais)  
 6. (Sénégalais)  
 7. (Français par acquisition)  
 8. (Français de naissance)  
 9. (Autre nationalité (précisez)) : .....  
 10. (NSP/NR)



[

]

**Q66. Combien de temps a duré cette relation ?**

*Enquêteur : Si la relation dure encore, coder 97 dans le mois uniquement  
Si NSP ou NR, coder 98 dans le mois uniquement*

/\_/\_/ ans ET /\_/\_/ mois

**Q67. Avant d'avoir des rapports sexuels avec cette personne, avez-vous parlé...**

↙ *Enquêteur : rotation aléatoire – Une réponse par ligne*

	OUI	NON	(NSP/NR)
1. De contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De sida ou maladies sexuellement transmissibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. D'utiliser des préservatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q68. Lors du premier rapport sexuel avec cette personne, avez-vous utilisé un préservatif ?**

1. OUI  
 2. NON  
 3. (NSP/NR)

**Q69. D'une manière générale, utilisez-vous un préservatif avec lui/elle ?**

1. Toujours  
 2. La plupart du temps  
 3. Rarement  
 4. Jamais  
 5. Non concerné (n'a eu qu'un rapport sexuel avec cette personne)  
 6. (NSP/NR)

<b>Enquêteur :</b>	Si Q62 = 1 partenaire, passer à la partie 6 (page 20) Si Q62 = 2 partenaires ou +, passer à la partie 5 (page 19)
--------------------	--

L

J

**PARTIE 5**  
**AUX PERSONNES AYANT EU PLUSIEURS PARTENAIRES**  
**AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS**  
**Q52b, page 14 = 2 partenaires ou +**  
**OU Q59b, page 16 = 2 partenaires ou +**  
**OU Q62 page 17 = 2 partenaires ou +**

**Q70. Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez eu des rapports sexuels avec une personne tout en ayant des rapports sexuels avec une autre personne ?**

- 1. OUI
- 2. NON
- 3. (NSP)
- 4. (NR)

**Q71. Pendant cette période, vous avez utilisé des préservatifs...**

*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

- 1. Systématiquement avec tous/toutes les partenaires
- 2. Systématiquement avec certain(e)s mais pas avec les autres
- 3. De temps en temps avec tous/toutes les partenaires
- 4. De temps en temps avec les un(e)s mais pas avec les autres
- 5. Jamais
- 6. (NSP/NR)

**PARTIE 6**  
**AUX PERSONNES AYANT DÉJÀ EU DES RAPPORTS**  
**SEXUELS**  
**Q36, page 9 = oui**

**Q72. Vous est-il déjà arrivé de VOULOIR UTILISER un préservatif avec une personne qui ne voulait pas en utiliser ?**

*Enquêteur* : Enumérer – Une seule réponse

- |                          |  |                |
|--------------------------|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Oui, une fois   | → passer à Q73 |
| <input type="checkbox"/> | 2. Oui, plusieurs fois   | → passer à Q74 |
| <input type="checkbox"/> | 3. Non   | → passer à Q75 |
| <input type="checkbox"/> | 4. (NSP/NR)  | → passer à Q75 |
| <input type="checkbox"/> | 5. (Non concerné : n'a jamais proposé d'utiliser des préservatifs) | → passer à Q75 |

**Enquêteur** : Si Q72 = OUI, UNE FOIS alors poser Q73 puis passer à Q75

**Q73. Qu'est-ce que vous avez fait ?**

*Enquêteur* : Enumérer – Une seule réponse

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Vous avez renoncé à avoir ce rapport sexuel     |
| <input type="checkbox"/> | 2. Vous avez eu ce rapport sexuel sans préservatif |
| <input type="checkbox"/> | 3. Vous avez quand même utilisé un préservatif     |
| <input type="checkbox"/> | 4. (NSP/NR)  |

**Enquêteur** : Si Q72 = OUI, PLUSIEURS FOIS alors poser Q74 puis passer à Q75

**Q74. Qu'est-ce que vous avez fait ?**

*Enquêteur* : Enumérer – Une seule réponse

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. Vous avez quand même toujours utilisé un préservatif |
| <input type="checkbox"/> | 2. Vous avez utilisé un préservatif de temps en temps   |
| <input type="checkbox"/> | 3. Vous n'avez jamais utilisé de préservatif            |
| <input type="checkbox"/> | 4. Vous avez renoncé à avoir ces rapports sexuels       |
| <input type="checkbox"/> | 5. (NSP/NR)   |

**Q75. Vous est-il déjà arrivé de REFUSER D'UTILISER un préservatif avec une personne qui voulait en utiliser ?**

*Enquêteur* : Enumérer – Une seule réponse

- |                          |                        |                                  |
|--------------------------|------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Oui, une fois       | → passer à Q76                   |
| <input type="checkbox"/> | 2. Oui, plusieurs fois | → passer à Q77 (page 21)         |
| <input type="checkbox"/> | 3. Non                 | → passer à la partie 7 (page 22) |
| <input type="checkbox"/> | 4. (NSP/NR)            | → passer à la partie 7 (page 22) |

**Enquêteur** : Si Q75 = OUI, UNE FOIS alors poser Q76 puis passer à partie 7 page 22

**Q76. Qu'est-ce que vous avez fait ?**

*Enquêteur* : Enumérer – Une seule réponse

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Vous avez renoncé à avoir ce rapport sexuel     |
| <input type="checkbox"/> | 2. Vous avez eu ce rapport sexuel sans préservatif |
| <input type="checkbox"/> | 3. Vous avez quand même utilisé un préservatif     |
| <input type="checkbox"/> | 4. (NSP/NR)  |

[

]

**Enquêteur : Si Q75 = OUI, PLUSIEURS FOIS alors poser Q77 puis passer à partie 7 page 22**

**Q77. Qu'est-ce que vous avez fait ?**

*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

- 1. Vous avez quand même toujours utilisé un préservatif
- 2. Vous avez utilisé un préservatif de temps en temps
- 3. Vous n'avez jamais utilisé de préservatif
- 4. Vous avez renoncé à avoir ces rapports sexuels
- 5. (NSP/NR)

L

- 21 -

J

**PARTIE 7**  
**A TOUS**

**Q78. Dans les cinq dernières années, combien de fois vous êtes-vous rendu dans un pays d'Afrique subsaharienne ?**

*Enquêteur : Si NSP ou NR, coder 998*

*Si l'interviewé est arrivé de son pays d'origine dans les 5 dernières années et n'y est jamais retourné, coder 0*

/ \_ / \_ / \_ / \_ / fois

**Enquêteur :** Si Q36 page 9= OUI ET Q78 = au moins 1 fois alors passer à Q79, sinon :

Si Q36 page 9 = NON alors passer à la partie 9 (page 24)

Si Q36 page 9 = OUI ET Q78 = 0 alors passer à la partie 8 (page 23)

**Q79. Au cours de ces voyages, vous est-il arrivé d'avoir des rapports sexuels avec des personnes qui habitent ce pays ?**

1. Oui                                   → passer à Q80
2. Non                                    → passer à partie 8 page 23
3. (NR)                                 → passer à partie 8 page 23

**Enquêteur :** Si Q79 = OUI alors poser Q80

**Q80. Lors de ces rapports sexuels, avez-vous utilisé un préservatif ?**

*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

1. Toujours
2. La plupart du temps
3. Rarement
4. Jamais
5. (NR)

**PARTIE 8**  
**AUX PERSONNES AYANT**  
**DEJA EU DES RAPPORTS SEXUELS**  
**Q36, page 9 = oui**

*La presse et la télévision parlent régulièrement des abus sexuels sur les adultes et les enfants. Chaque année des personnes sont victimes de tels abus. Afin de mieux connaître ce problème, je vous remercie de bien vouloir répondre sincèrement aux questions suivantes.*

**Q81. Au cours de votre vie, quelqu'un vous a-t-il forcé à avoir un rapport sexuel contre votre volonté ?**

*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

1. Oui, une fois → passer à Q82  
 2. Oui, plusieurs fois → passer à Q82  
 3. Non, jamais → passer au filtre devant Q84  
 4. (NR) → passer au filtre devant Q84

Si Q81 = OUI alors poser Q82 et Q83 sinon passer à filtre devant Q84

**Q82. Quel âge aviez-vous la dernière fois ?**

*Enquêteur : Si NSP ou NR, coder 98*

/ \_\_ / \_\_ / ans

**Q83. Avec qui cela s'est-il passé la dernière fois ?**

*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

1. Un conjoint ou ex-conjoint  
 2. Un membre de votre famille  
 3. Un(e) petit(e) ami(e)  
 4. Une personne avec qui vous travaillez ou vous avez travaillé  
 5. Quelqu'un que vous connaissez ou que vous connaissiez  
 6. Une personne ayant autorité (enseignant, policier, employeur, etc...)  
 7. Un inconnu  
 8. (NSP/NR)

Si FEMME alors poser Q84

**Q84. Vous est-il déjà arrivé d'avoir à subir une interruption volontaire de grossesse ?**

*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

1. Oui, une fois  
 2. Oui, plusieurs fois  
 3. Non  
 4. (NR)

## PARTIE 9 A TOUS

*Nous allons maintenant aborder la question du dépistage du virus responsable du sida.*

**Q85. Avez-vous déjà entendu parler des Centres ou Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit appelés aussi CDAG ?**

*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. (NSP/NR)

**Q86. Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait un test de dépistage du virus du sida ?**

*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

- 1. Oui, une fois → passer à Q88
- 2. Oui, plusieurs fois → passer à Q87
- 3. Non → passer à Q91
- 4. (Ne veut pas dire) → passer à Q92
- 5. (NSP) → passer à Q92

**Enquêteur : Si Q86 = OUI, plusieurs fois, alors poser Q87**

**Q87. Combien de fois avez-vous fait un test de dépistage du virus du sida au cours des deux dernières années ?**

*Enquêteur : Si NSP ou NR, coder 998*

|\_|\_|\_| fois

**Enquêteur : Si Q86 = OUI, une fois OU OUI, plusieurs fois, alors poser Q88, Q89, Q90, puis passer à Q92**

**Q88. La dernière fois que vous avez fait un test, c'était pour quelles raisons principales ?**

*Enquêteur : Noter en clair - Bien relancer : « et c'est-à-dire ? » – Il faut un maximum de précisions*

.....

.....

.....

.....

**Q89. Où avez-vous effectué ce dernier test de dépistage ?**

*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

- 1. En France, dans un laboratoire d'analyses médicales
- 2. En France, dans un hôpital (hors CDAG)
- 3. En France, dans un centre de planning familial, une PMI, un DAV (Dispensaire Anti-Vénérien)
- 4. En France, dans un Centre ou une Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG)
- 5. En Afrique
- 6. Dans un autre pays européen
- 7. Autre (précisez) : .....
- 8. (NR)

┌

┐

**Q90. Connaissez-vous le résultat du dernier test ?***Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

1. Oui, le résultat était négatif (=la personne est séronégative) → passer à Q92
2. Oui, le résultat était positif (=la personne est séropositive) → passer à Q92
3. Non, je n'ai pas encore les résultats → passer à Q92
4. Non, je n'ai pas souhaité connaître les résultats → passer à Q92
5. (NSP/NR) → passer à Q92

**Si Q86 = NON alors poser Q91 puis passer à Q92**

**Q91. Pour quelles raisons n'avez-vous jamais fait de test de dépistage du sida, est-ce parce que...***Enquêteur : Enumérer – Une réponse par ligne*

	OUI	NON	(NSP)
1. Vous pensez ne pas avoir de risque d'être contaminé par le virus du sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous pensez que les tests ne sont pas valables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vous ne savez pas où vous adresser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vous avez peur d'en connaître le résultat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si vous étiez contaminé par le virus du sida, vous auriez peur que quelqu'un de votre entourage l'apprenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le test coûte trop cher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vous auriez peur d'être expulsé si le test était positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vous n'y avez jamais pensé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A TOUS**

**Q92. Connaissez-vous, personnellement, dans votre entourage (famille, amis, collègues...) une ou plusieurs personnes porteuse(s) du virus du sida ou malade(s) du sida ?***Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

1. Oui, une personne → passer à Q93a
2. Oui, plusieurs personnes → passer à Q93b
3. Non → passer à Q94
4. (NR) → passer à Q94
5. (NSP) → passer à Q94

**Si Q92 = OUI, UNE PERSONNE alors poser Q93a puis passer à Q94**

**Q93a. S'agit-il ...***Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

1. D'un parent
2. D'un ami
3. De votre ou l'un de vos partenaire(s) actuel(s)
4. D'une personne avec qui vous avez eu des relations sexuelles dans le passé
5. D'un collègue de travail
6. De quelqu'un dont vous avez entendu parler sans le connaître personnellement
7. De vous-même
8. D'une autre personne
9. (NSP)

└

- 25 -

┘



[

]

**Si Q92 = OUI, PLUSIEURS PERSONNES alors poser Q93b**

**Q93b. S'agit-il ...**

*Enquêteur : Enumérer – Plusieurs réponses possibles*

- 1. D'un parent
- 2. D'un ami
- 3. De votre ou l'un de vos partenaire(s) actuel(s)
- 4. D'une personne avec qui vous avez eu des relations sexuelles dans le passé
- 5. D'un collègue de travail
- 6. De quelqu'un dont vous avez entendu parler sans le connaître personnellement
- 7. De vous-même
- 8. D'une autre personne
- 9. (NSP)

**A TOUS**

*Pour finir je voudrais que vous me donniez quelques précisions sur vos conditions de vie.*

**Q94. Actuellement, pour vos soins de santé, vous bénéficiez...**

*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

- 1. De la sécurité sociale
- 2. De l'Aide Médicale d'Etat (AME)
- 3. De la Couverture Médicale Universelle (CMU)
- 4. (Ne connaît pas le nom de son assurance mais a une couverture sociale)
- 5. (N'a pas de couverture sociale)
- 6. (NSP/NR)

**Q95. Avez-vous une mutuelle complémentaire ?**

- 1. Oui, la CMU complémentaire
- 2. Oui, une mutuelle complémentaire par un organisme autre que la CMU
- 3. Non, pas de couverture mutuelle du tout
- 4. (NSP/NR)

**Q96. Avez-vous déjà renoncé à des soins de santé pour des raisons financières ?**

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. (NSP/NR)

**Q97. Avez-vous un revenu personnel, c'est-à-dire de l'argent que vous obtenez de votre travail ou d'allocations (RMI, allocation chômage ;etc...) et que vous pouvez utiliser comme vous l'entendez ?**

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. (NR)

L

J

[

]

**Q98. Actuellement, diriez-vous qu'au sein de votre ménage/famille, financièrement ...**

*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

- 1. Vous êtes à l'aise
- 2. Ca va
- 3. C'est juste, il faut faire attention
- 4. Vous y arrivez difficilement
- 5. Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes
- 6. (NSP)
- 7. (NR)

**Q99. Actuellement, quelle est votre situation administrative ?**

*Enquêteur : Enumérer – Une seule réponse*

- 1. Vous avez une carte de résident
- 2. Vous avez une carte de séjour temporaire (CST)
- 3. Vous avez un visa touristique de courte ou longue durée en cours de validité
- 4. Vous avez une autorisation provisoire de séjour (APS)
- 5. Vous avez un récépissé de demande de carte de séjour
- 6. Vous êtes en attente de régularisation
- 7. Vous n'avez aucun titre et aucune demande de régularisation en cours
- 8. Autre (précisez) : .....
- 9. (Vous êtes de nationalité française)
- 10. (NR)

**Q100. Avez-vous une ligne de téléphone fixe à votre domicile ?**

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. (NSP/NR)

**Q101. Possédez-vous personnellement un ou plusieurs téléphones mobiles ?**

- 1. Oui, un seul
- 2. Oui, plusieurs
- 3. Non
- 4. (NR)

**Si Q15 (page 5) = au moins 1 personne alors poser Q102, sinon passer à Q103**

**Q102. Dans votre foyer combien de personnes possèdent au moins un téléphone mobile, à usage privé en dehors de vous ?**

*Enquêteur : Si NSP ou NR, coder 98*

/ \_\_\_ / \_\_\_ / personnes

L

- 27 -

J

[ ]

**Q103. Avez-vous accès à Internet que ce soit à votre domicile ou ailleurs, régulièrement, de temps en temps, rarement ou jamais ?**

- 1. Régulièrement
- 2. De temps en temps
- 3. Rarement
- 4. Jamais
- 5. (NR)

**Q104. Pour finir, habitez-vous dans cette commune ?**

*Enquêteur : Préciser le nom de la commune où vous êtes*

- 1. Oui → passer à Q105
- 2. Non → passer à Q106
- 3. (NR) → passer à FIN

**Si Q104 = OUI alors poser Q105 et FIN**

**Q105. Dans quel quartier de cette commune habitez-vous ?**

*Enquêteur : Noter en clair*

*Si la personne ne souhaite pas répondre, relancer une fois « même vaguement »  
Ne pas insister*

/ \_\_\_\_\_ /

**Si Q104 = NON alors poser Q106**

**Q106. Dans quelle commune habitez-vous ?**

*Enquêteur : Noter en clair - Ne pas insister*

/ \_\_\_\_\_ /

*Je vous remercie de m'avoir accordé tout ce temps et vous souhaite une excellente fin de journée. Si vous souhaitez vous informer sur le sida, vous pouvez contacter Sida Info Service au 0 800 840 800. L'appel est anonyme et gratuit. Je vous remets également ce document (à savoir le roman photo « la menace ») dans lequel vous pourrez trouver des informations sur le VIH/sida.*

\_\_\_\_\_

**■ Enquêteur**

**RS1 - Type de site d'interview :**

- 1. Gare RER, sortie de bouches de métro, terminus bus
- 2. Marché ouvert
- 3. Entrée / sortie d'un bureau de Poste
- 4. Entrée / sortie de centre commercial, supermarchés

Heure de fin d'interview  h  mn

[ ]



