

Association AIDS ALGERIE

Etude qualitative sur les migrations subsahariennes et le VIH/SIDA en Algérie

Etude réalisée par



Pour le compte de
AIDS Algérie

Projet « Renforcement de l'accès à la prévention du VIH auprès des Migrants en Algérie ».
N°EIDHR/2009/220-839

Projet financé conjointement avec L'UNION EUROPEENNE
avec l'appui de :



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
UNODC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE



AIDS Algérie - 07, Rue Ahcene Khemissa, Alger.
Tel : +213(0) 21 74 15 28 / Fax : +213(0) 21 74 43 74
www.aidsalgerie.org / contact@aidsalgerie.org

REMERCIEMENTS

Dans le cadre du projet intitulé « Renforcement de l'accès à la prévention du VIH auprès des migrants en Algérie », l'Association AIDS Algérie, présente ses vifs remerciements à toutes les énergies qui ont contribué à la réalisation de l'étude portant sur le thème « Les migrations Subsahariennes et VIH/SIDA en Algérie », notamment aux personnes relais.

Nous remercions plus particulièrement nos partenaires, en l'occurrence l'Union Européenne et ONUSIDA pour leur appui technique et financier.

Encore une fois, accueillez nos sincères remerciements et reconnaissances méritées.

Le président

Othmane Bourouba



Page SOMMAIRE

04	Abréviations et acronymes
06	Résumé
10	Introduction : Objectifs de l'étude et méthodologie
10	I. Objectif de l'étude
10	II. Méthodologie
11	III. Déroulement effectif sur le terrain
14	CHAPITRE I : Les itinéraires migratoires et leurs contextes
14	I. Les itinéraires
17	II. Les raisons de la migration et les conditions de vie actuelles
20	CHAPITRE II : Les relations sexuelles, la connaissance et la perception du risque VIH
20	I. Les premières expériences
21	II. La sexualité actuelle
22	III. Connaissances et perception du risque VIH
22	a. Les modes d'infection
24	b. Les modes de protection
28	CHAPITRE III : Le dépistage et l'accès aux soins
28	I. L'information
29	II. La peur de la maladie
30	III. Accès aux soins
34	Conclusion générale
38	Annexe I
42	Annexe II

Abréviations et acronymes

- BTP:** Bâtiment et Travaux Publics
- CEDEAO:** Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
- FCFA:** franc des Colonies Françaises d'Afrique
- HCR:** Haut Commissariat aux Réfugiés
- IST:** Infection Sexuellement Transmissible
- ONG:** Organisation Non Gouvernementale
- RCD:** République démocratique du Congo
- SIDA:** Syndrome Immuno-Déficiences Acquis
- VIH:** Virus Immunodéficiences Humaine

Résumé

L'objectif de l'étude est de connaître les besoins des migrants, évaluer leurs connaissances et connaître leurs attitudes et pratiques du point de vue de la prévention des IST/VIH/SIDA. Cet objectif découle d'une approche plus large consistant à « renforcer la participation des publics impliqués selon le concept de l'éducation par les pairs dans les interventions de prévention des IST/VIH/SIDA.

La méthodologie choisie a découlé d'une forte contrainte financière et d'un temps relativement court pour concrétiser une approche scientifique. Elle a consisté à réaliser une vingtaine d'entretiens sur trois sites (Alger, Oran, Tamanrasset), auprès d'un échantillon constitué de manière raisonnée. Les entretiens étaient basés sur un canevas prenant en charge l'objectif de « connaître les attitudes et pratiques du point de vue de la prévention des IST/VIH/SIDA ». Il a été structuré en les points suivants : L'identité sociale, Les itinéraires migratoires et leurs contextes, la sexualité, la connaissance et la perception du risque VIH, la sérologie de dépistage et l'accès aux soins. La réalisation des entretiens a été rendue difficile pour diverses raisons mais le matériau collecté est très riche et est tout à fait exploitable pour l'objectif de l'étude.

L'apport sur les différents points peut être résumé succinctement de la manière suivante :

L'identité sociale :

- Il s'agit de personnes jeunes pour la grande majorité donc en pleine activité sexuelle. Des femmes sont aussi concernées par cette migration. La quasi-totalité est de conditions précaires et fuit la pauvreté ou les conflits. Ils sont donc tous en position de grande vulnérabilité ce qui va engendrer des comportements à risques.

- Par ailleurs. La priorité n'est pas la crainte de la maladie d'une façon générale ni du sida en particulier, la survie alimentaire et sécuritaire est de loin la priorité, ce qui met en arrière plan le sujet étudié

Les itinéraires migratoires et leurs contextes :

- La longueur des trajets et des itinéraires, les difficultés qui les caractérisent obligent souvent à des haltes de tous les dangers : mort, famine, précarité d'habitation, absence de soins, prostitution, rapports sexuels multiples avec des partenaires divers, drogues, alcool.....

- Ces haltes se font dans différents pays et sur des durées très variables allant de quelques jours à plusieurs mois voir des années, ce qui multiplie les risques.

La sexualité

- Les relations sexuelles pour les personnes migrantes sont traditionnellement assez libres, y compris chez les populations de confession musulmane. Ceci augmente le risque de contracter le VIH. La promiscuité parfois, le besoin, les conditions de vie particulières lors de la migration oblitèrent toute possibilité de protection.

- Tenant compte de cette tradition de grande liberté sexuelle, le réseau sexuel est relativement étendu. Il n'est limité pour les hommes que par l'absence de moyens financiers et par la mise en avant de priorité qui conduisent à l'abstinence. Encore que par moments, les moyens financiers nécessaires sont tout à fait modiques tenant compte du degré de précarité des femmes. Pour les femmes, en plus de la tradition de liberté sexuelle, s'introduit une très grande précarité, qui pousse souvent à se prostituer pour survivre, surtout lorsqu'il y a des enfants. La prostitution pourrait être, dans ce milieu, le vecteur le plus important pour la propagation du VIH, non seulement dans la communauté des migrants, mais aussi dans la communauté d'accueil. La prostitution peut se doubler en effet de pratiques sexuelles extrêmement risquées (prise de drogue, absence de préservatif...) volontairement ou sous la contrainte.

La connaissance et la perception du risque VIH :

- Le sida est connu par l'ensemble des personnes interviewées, comme maladie qui tue et qui se transmet par des rapports sexuels. La différence entre séropositivité et sida n'est pas perçue. Les autres moyens de transmission sont très vagues et non maîtrisés

- Le préservatif est connu, mais peu apprécié et n'est pas utilisé dans une proportion non négligeable (situations supposées de fidélité, prostitution...). Il se pose en outre des problèmes d'accessibilité ou d'accentuation du risque de refoulement pour les prostituées ou même pour les hommes.

L'accès aux traitements et soins

- Dans les pays traversés les soins ne sont pas évoqués car les préoccupations, les difficultés pour rester en vie et arriver au bout du périple sont une priorité.

- En Algérie, l'hôpital est un risque pour eux car ils sont en position irrégulière pour la plupart.

- Le recours au privé n'est pas toujours accessible, mais reste une possibilité.

- Les conditions de vie précaires (habitat, alimentation, peu de ressources.....) accentuent la vulnérabilité

La sérologie de dépistage

- Peu connue. Les finalités de la sérologie sont peu connues. Les migrants n'ont pas souvent recours

Les droits notamment la ségrégation et la discrimination

- La ségrégation et la discrimination dans l'accès aux soins existent dans une proportion non négligeable. Leur intensité est accrue par le racisme des Algériens vis-à-vis des migrants subsahariens en particulier.

- Par ailleurs ce sont des personnes qui sont dans le non droit, étant sans

papiers pour la plupart.

Relativement à la question des besoins des migrants, de l'évaluation de leurs connaissances et de la connaissance de leurs attitudes et pratiques du point de vue de la prévention des IST/VIHS, cette étude montre clairement leur grande vulnérabilité et leurs besoins en services les plus essentiels. Elle montre aussi que leurs connaissances et leurs informations sur le VIH/SIDA restent élémentaires et que leurs pratiques sexuelles, notamment du fait d'une grande liberté sexuelle et du fait que la pauvreté pousse une proportion non négligeable des femmes migrantes à la prostitution, constituent un risque certain de propagation du VIH aussi bien dans la communauté des migrants que dans la communauté d'accueil.

Tenant compte de ces constats, il serait d'un apport certain de compléter cette étude qualitative par une étude quantitative basée sur une enquête auprès des migrants. Cette enquête devrait bénéficier dans sa conception de données du secteur de la santé : nombre de cas de VIH identifiés dans cette population, répartition par sexe, âge, nationalité, niveau d'instruction, nombre d'années de présence en Algérie et évolution des cas par année. Ceci permettra de construire un plan de sondage pertinent. Une telle étude donnera les bases pour la conception d'une action efficace mais n'exclut pas la possibilité d'entamer cette action dès à présent.

C'est pour cela que nous suggérons la conception d'un véritable plan d'action envers ces populations. Ce plan est tout à fait envisageable, il s'agirait d'une vraie « initiative » à monter progressivement à des fins de dissémination, afin de toucher un maximum de personnes. Les actions vont comporter deux axes : Un axe préventif, Un axe curatif, elles vont porter sur deux catégories de migrants.

A. les populations en situation régulière, détentrices de papiers doivent bénéficier des mêmes prestations préventives et curatives que les citoyens Algériens, mais des actions ciblées doivent leur être adressées portant sur :

- l'information, l'éducation sanitaire et la communication sur l'infection par le VIH,
- l'information répétée sur l'accès à la sérologie et aux soins curatifs.
- Une sensibilisation des personnels de santé des secteurs publics et privés :

(au préalable nécessaire) pour avoir leur adhésion à cette « initiative »

- L'identification de personnes ressources parmi cette catégorie de migrants à même d'assurer le relais entre les autres migrants, les associations, et les institutions. Mais leur rôle principal est d'être des pairs éducateurs en lien avec les associations

B. Les populations sans papiers doivent être « contactées » et rendues accessibles par des personnes ressources identifiées parmi les migrants en situation régulière, le mouvement associatif, ou d'autres personnes ressources volontaires. Ces équipes sont chargées des contacts et d'organiser l'information auprès de ces populations ainsi que faire le lien avec les structures de dépistage anonyme et gratuit et les structures hospitalières de prise en charge des personnes infectées. Des équipes

pluridisciplinaires vont se former et se déplacer dans les points où ces populations se regroupent. La notion de pairs éducateurs est ici tout aussi importante que pour les migrants légaux, sinon plus. L'enquête a en effet montré la difficulté extrême à d'une part approcher les migrants clandestins et d'autre part, après l'accès, à parler de sexualité ou de VIH. Cette difficulté vient en grande partie du manque de confiance. Ce manque de confiance est lié évidemment à la peur d'être signalé aux autorités. Il est donc nécessaire d'une part d'approcher le clandestin à travers des personnes en qui ils ont confiance, qui pourraient être par exemple des personnes de la communauté. D'autre part, ce rapport de confiance doit donc inclure une séparation claire et nette entre le statut de la personne demandeuse de soins et le caractère légal ou illégal de sa présence en Algérie. Il s'agit là d'une condition sine qua non pour espérer limiter sérieusement la propagation du virus dans cette population. Du reste une étude coût avantage prenant en compte le coût du traitement de nouveaux cas dus à l'exclusion des migrants des soins pourrait montrer facilement la rationalité d'une politique donnée indistinctement du statut de la personne.

Un tel plan doit évidemment prendre en compte les moyens disponibles pour sa réalisation :

- Possibilité de recruter des personnes ressources et des pairs éducateurs, dans les endroits pertinents;
- Personnel de lobbying et de sensibilisation dans le secteur de la santé et les structures hospitalières;
- Personnel de sensibilisation chez les migrants après que le contact ait été fait par les personnes ressources.

Les indicateurs d'efficacité d'un tel plan peuvent aussi être simplement conçus. Ils peuvent être limités au départ et étoffés ensuite au fur et à mesure que le plan sera mis en place. On peut imaginer par exemple :

- Nombre de « communautés » (nationalité, localité, ou tout autre critère pertinent...) touchées à l'aide de personnes ressources;
- Nombre (ou proportion) de personnes ressources ou proportion par communauté (distinguer hommes femmes par exemple);
- Nombre (ou proportion) de personnes touchées de la communauté à travers des actions de sensibilisation;
- Nombre (ou proportion) de prostituées touchées dans la communauté à travers des actions de sensibilisation;
- Nombre (ou proportion) de dépistages réalisés.

Introduction

Objectifs de l'étude et méthodologie

I. Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude est de connaître les besoins des migrants, évaluer leurs connaissances et connaître leurs attitudes et pratiques du point de vue de la prévention des IST/VIH/SIDA. Cet objectif découle d'une approche plus large consistant à « renforcer la participation des publics impliqués selon le concept de l'éducation par les pairs dans les interventions de prévention des IST/VIH/SIDA. Les relais identifiés parmi les publics en situation de vulnérabilité qui sont les migrants et les populations mobiles bénéficieront de formation pour pouvoir intervenir dans les milieux vulnérables, là où les professionnels de santé ont du mal à intervenir. Il est attendu à court et moyen terme à travers des activités de proximité au niveau des 3 sites identifiés, un accès réel de ces publics à la prévention des IST/VIH-SIDA et aux services de soins, de traitements et d'appui ».

II. Méthodologie

Sur la base précédente nous avons proposé la réalisation d'une vingtaine d'entretiens auprès de migrants. Ces entretiens devaient être basés sur un canevas approuvé par AIDS. Ce canevas élaboré suite aux différentes réunions tenues avec AIDS, se subdivise en les points suivants :

- L'identité sociale
- Les itinéraires migratoires et leurs contextes
- Les premières expériences amoureuses et sexuelles
- Le réseau sexuel
- Les pratiques sexuelles
- La connaissance et la perception du risque VIH
- L'accès aux traitements et soins
- La sérologie
- Les droits : ségrégation et discrimination

Le but des entretiens n'est pas de quantifier, mais de répertorier les différentes situations dans les domaines précédents de la manière la plus exhaustive possible. Concernant les itinéraires par exemple, il ne s'agit pas de dire quel est le nombre ou la proportion qui emprunte tel ou tel itinéraire, mais, quels sont les itinéraires empruntés. Il ne s'agit pas non plus de dire quelle est la fréquence de telle ou telle pratique dans notre population, mais, plutôt, de répertorier les différentes pratiques et de dire éventuellement comment elles s'intègrent dans des cohérences d'ensemble, des profils, qui vont nous aider à l'expliquer, à la comprendre.

Il s'agit ainsi d'une première appréhension de notre population qui pourrait éventuellement être complétée par une enquête quantitative.

Le choix des personnes à interviewer a été conçu, au départ, de manière à refléter la plus grande diversité, en faisant un nombre égal d'interviews dans chaque site (6 à 7 interview, à Alger, Oran ou Tamanrasset). Au sein de chaque sous population on devait diversifier selon la nationalité d'origine, le sexe et l'âge. Nous devions aussi distinguer entre nouveaux migrants et anciens et entre les clandestins et les légaux. Des cas de toxicomanes ou de femmes enceintes devaient aussi apparaître dans notre échantillon. On devait en outre enquêter aussi sur personnes atteintes du virus.

III. Déroulement effectif sur le terrain

Les entretiens ont été menés par deux enquêtrices qui ont participé aussi à l'étude sur les travailleurs du sexe réalisée par AIDS. Les entretiens d'Alger ont été réalisés en juillet 2010. Ceux de Tamanrasset au mois de septembre et enfin ceux d'Oran en juillet et en septembre.

Pour la réalisation de ces entretiens, une personne ressource devait nous aider à contacter des personnes du profil choisi, sur chaque site (Alger, Oran ou Tamanrasset). En pratique, et pour de nombreuses raisons, notamment les difficultés de pénétrer dans le milieu des migrants clandestins, y compris pour les personnes ressources, cette aide s'est avérée limitée. De ce fait l'échantillon obtenu n'est pas aussi diversifié que nous l'avions envisagé. En outre, il était extrêmement délicat de réaliser la partie de l'entretien relative aux pratiques sexuelles, Plusieurs enquêtés ont interrompu leur entretien à ce moment là. En toute logique il aurait fallu alors procéder au remplacement, toutefois les difficultés pour trouver des personnes acceptant l'entretien et surtout acceptant de répondre à cette partie ne nous permettaient pas de procéder au remplacement. Soulignons enfin, que dans beaucoup de cas les interviewés n'avaient pas accepté que l'entretien soit enregistré, rendant quelque

peu difficile la restitution sur papier ensuite. Les personnes interviewées sont les suivantes :

Alger	Tamanarasset	Oran
1. Femme zaïroise, 33 ans, mariée	1. Homme Malien, 32 ans, célibataire	1. Homme Malien, 36 ans, marié
2. Homme zaïrois, 40 ans, marié	2. Homme, Nigérien 40 ans, marié	2. Homme Béninois, 36 ans, célibataire
3. Femme camerounaise 38 ans, mariée séparée	3. Homme, Guinée Conakry 48 ans, marié	3. Homme Ghanéen, 32 ans, célibataire
4. Femme guinéenne 36 ans, mère célibataire	4. Homme Sénégalais, 32 ans, célibataire	4. Homme, Ghanéen, 32 ans, marié
5. Homme malien, 38 ans, marié	5. Femme Nigérienne 38 ans, divorcée	5. Homme Béninois, 30 ans, marié
6. Homme Côte d'ivoire, 26 an, célibataire	6. Homme Guinée Conakry 37 ans, marié	6. Homme Togolais, 29 ans, célibataire
	7. Homme Côte d'ivoire 49 an, marié	7. Femme Rwandaise, 26 ans, célibataire

Malgré ces limites, l'enquête menée a permis de faire apparaître les points les plus importants de ceux que nous voulions aborder avec eux. Dans ce qui suit nous synthétiserons d'abord le résultat des entretiens sur chacun de ces points. Une conclusion sera dégagée sur la problématique globale des possibilités d'intervention dans le milieu des migrants, les domaines d'intervention, ainsi que les canaux notamment à travers les pairs.

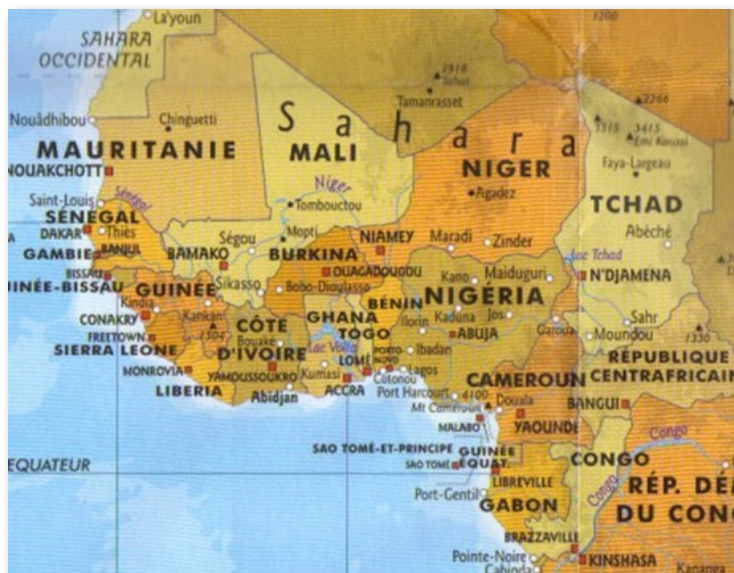
Chapitre I

Les itinéraires migratoires et leurs contextes

I. Les itinéraires

Les nationalités des migrants sont extrêmement diversifiées : Mali, Niger, Guinée, Côte d'Ivoire, Cameroun, Zaïre, Bénin, Sénégal, Ghana, Togo, Rwanda. Ces pays reflètent autant de diversité d'itinéraires qui vont déboucher au Niger ou au Mali pour traverser ensuite la frontière algérienne. Les débouchés en Algérie sont Tamanrasset, généralement en venant du Niger (Arlit Assamaka), Bordj Badji Mokhtar ou Tin Zaouatine en venant du Mali (Kidal).

Carte I : Vue d'ensemble, Algérie et pays d'origine des migrants du sud du Sahara

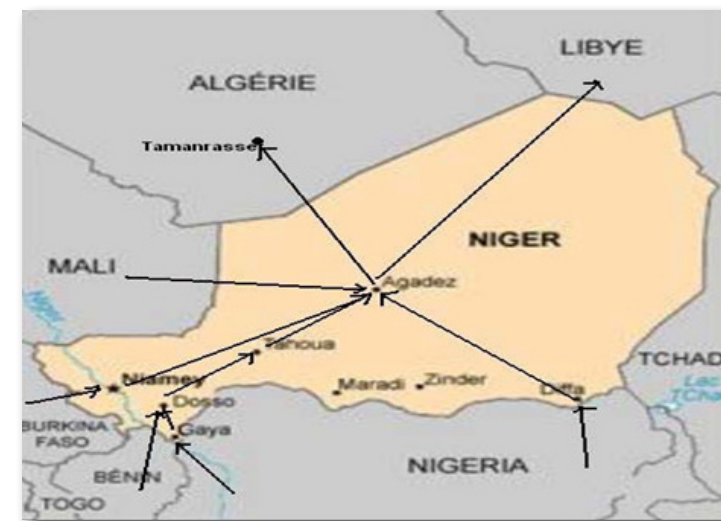


Les maliens peuvent rentrer en Algérie sans visa, en tant que touristes, pour des séjours ne dépassant pas trois mois. Ils doivent ressortir ensuite pour entrer de nouveau s'ils veulent prolonger leur séjour. Ce droit d'entrée sans visa ne leur donne pas toutefois le droit de travailler.

Jusqu'au Mali et au Niger, les mouvements des migrants se font sans avoir besoin, la plupart du temps, de présenter des documents de voyage à aucun contrôle aux frontières, lorsqu'il en existe un. La frontière sud algérienne est généralement traversée avec des passeports maliens achetés par les migrants congolais, de RCD et d'autres nationalités, probablement parce que les autorités algériennes facilitent les mouvements transfrontières des populations des pays voisins, et donc principalement celles de Maliens et de Nigériens, soit celles de personnes porteuses de passeports du Mali et du Niger. Le passage se fait – là où il y a des contrôles – avec des passeports en cours de validité. Les ressortissants des autres pays au sud du Sahara autres que le Mali doivent disposer d'un visa pour pouvoir entrer en Algérie avec leurs propres papiers. A voir toutefois le nombre de migrants clandestins, il est clair que ce visa et encore plus, le permis de travail sont extrêmement difficiles à obtenir.

Un des principaux points d'arrivée des migrants est Assamaka au NIGER. Ils y arrivent après être passés par Arlit, à laquelle ils arrivent après Agadès et auparavant Niamey. Du Nigeria, la dernière ville vers le NIGER est Koné, le passage par le Nigeria est quasi obligatoire quand les migrants viennent du Cameroun. Les congolais transitent par le Cameroun et le Nigeria ou par le Tchad pour arriver au Niger. Le NIGER accueille ainsi tous les migrants qui viennent du Bénin, du Burkina, du Cameroun, du Nigeria, du Congo, et même du Mali voisin.

Carte II : Itinéraire débouchant à Agadès au NIGER et remontant vers l'Algérie (Tamanrasset) ou la Libye



Source : Guardini o partner ?eSPI Working Papers n° 24-2006

Le passage par le Niger est extrêmement pénible. Les migrants y subissent l'arbitraire des représentants des autorités (gendarmes, policiers, douaniers), des transporteurs et la pénibilité des déplacements dans le désert. Il n'est pas rare que les personnes les plus fragiles décèdent en cours de route. La rareté des provisions ajoutant à la pénibilité du voyage. « Alors, si je me rappelle bien, ils vous font payer entre Niamey et Agadez 11.500 FCFA, plus ton bidon, et vous allez payer la nourriture, c'est des noyaux secs. Ils t'emmènent au magasin, tu achètes 5 Kg par obligation avec le prix que eux ils ont fixé, en plus ils nous font payer de grandes vestes pour la route (...) ils ont un système pour escroquer les aventuriers étrangers. Même les policiers. Parce qu'une fois sortis de Niamey, ils appellent Agades pour leur dire combien on est. Au premier barrage, les policiers nous font descendre et prennent nos passeports et nous imposent de nouveau de payer. A Agadez, ils nous ont de nouveau fait payer encore. Tu dois payer. Si tu refuses on te déshabille et on te prend tout ce que tu as comme argent ». Sénégalais, 32 ans, niveau universitaire.

A partir du Mali viennent les Sénégalais, les guinéens de Guinée Bissau ou de la Guinée Conakry, les Ivoiriens. Il faut noter que pour les citoyens des pays de la CEDEAO¹ (Communauté Economique des Etats de l'Ouest), ils peuvent circuler sans visa à l'intérieur de ces Etats. Par ailleurs ils peuvent théoriquement y résider et y travailler². Ces flux se divisent ensuite au Mali pour rentrer soit par le Mali ou aller sur Agadez pour rentrer par le Niger. Par le Mali, les migrants peuvent rentrer sur Tamanrasset, ou Bordj Badji Mokhtar.

Carte III : Itinéraires débouchant au Mali pour rentrer en Algérie (ou aller vers le Niger)



Source: Gardini o partner? CeSPI Working Papers n° 24-2006

1. Bénin, Burkina Fasso, Cap Vert, côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Libéria, Mali, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Togo. La Mauritanie a quitté la CEDEAO en 2002.

2. En 1979, le Protocole sur le libre mouvement a été adopté. Il accordait aux citoyens de la Communauté le droit de se rendre sur le territoire de tout Etat membre et d'y résider, à condition de posséder un document de voyage valide et un certificat médical international. Cependant, il accordait aussi aux Etats membres le droit de refuser l'entrée de tout citoyen de la Communauté qui n'était pas admissible selon leur propre législation nationale. Le Protocole prévoyait une période de mise en application divisée en trois étapes, chacune de ces étapes (déplacement sans visa, droit de séjour, droit d'établissement) durant cinq ans. Si la première phase a été généralisée les deux dernières ne le sont pas encore et restent théorique.

A partir de bordj Badji Mokhtar, les migrants rejoignent Tamanrasset ou Reggane puis Adrar et là ils partent vers Alger ou vers l'ouest. Les migrants séjournent éventuellement à Tamanrasset ou bien ils partent vers le nord de l'Algérie ou bien la Lybie.

L'approche de la frontière se fait de nuit, généralement à pied et les migrants passent les nuits dans des grottes, ils rejoignent Tamanrasset par petits groupes ou individuellement pour ne pas éveiller la méfiance.

De Tamanrasset, ils rejoignent Ghardaïa par Ain Salah et Alger ou continuent vers l'ouest. Dans ce dernier cas éventuellement vers l'Europe.

Il faut noter que la destination de la migration n'est pas nécessairement choisie au départ ou tout au moins que le migrant se laisse détourner facilement en fonction des opportunités. L'Europe est souvent une destination que peuvent avoir les migrants, mais les difficultés d'accès les font parfois changer d'avis. L'Algérie est vue aussi comme un pays plus facile que la Lybie.

Dès lors que le migrant est en Algérie, il peut éventuellement avoir une assez forte mobilité, passant d'une ville à une autre à la recherche d'un lieu qui lui convienne pour se stabiliser. Il peut évidemment revenir à son point de départ, Tamanrasset.

A Tamanrasset, Alger, ou à Oran, il existe des quartiers où se regroupent les migrants. A Tamanrasset c'est Magtaa El Oued et le château, à Alger c'est Karakache ou Bouchbouk, à Oran les quartiers sont M'dina Jdida, Ain Beida, Sidi El Houari, Médioni, El Hamri... Cela ne veut pas dire évidemment que les migrants se cantonnent à ces quartiers. On retrouve beaucoup de migrants à la Casbah d'Alger par exemple.

II. Les raisons de la migration et les conditions de vie actuelles

La première raison de migration est à n'en point douter la pauvreté. La deuxième est celle des conflits politiques qui jettent sur les routes une masse de gens sans attaches et sans ressources, qui ont tout perdu quelquefois et qui se fixent là où ils peuvent le faire.

Lorsque la raison de la migration est la pauvreté, il faut avoir à l'esprit que le migrant conserve des liens avec son pays d'origine. Il envoie donc de l'argent, repart de nouveau au pays parfois pour rendre visite à sa famille ou même parfois, organise un regroupement familial.

Relativement au travail, les opportunités qui s'offrent aux migrants sont peu diversifiées : BTP, couture, tailleur, cordonnier, coiffeur, restauration... Tamanrasset, même si elle n'offre pas d'opportunités très diversifiées reste relativement dynamique

dans le BTP. Nombre de migrants sont employés dans ce secteur, il s'agit le plus souvent de chantiers de travaux publics et beaucoup plus rarement de chantiers privés. La durée du travail est très variable, certains ne travaillent que quelques jours, d'autres des périodes plus longues.

Au nord les travaux sont plus diversifiés. Pour le bâtiment, il s'agit le plus souvent de travaux chez des particuliers (manœuvre, maçon, peintre...). Mais on trouve aussi des métiers plus diversifiés (couture, broderie, cordonnier, ouvrier fabricant de briques...). Ceci lorsqu'on a la chance d'avoir une activité, lorsque ce n'est pas le cas, la mendicité semble être de rigueur. Pour les femmes, le passage à la prostitution peut se faire aussi.

Les revenus tirés de ces activités sont plutôt faibles, la rémunération à la journée ne dépasse pas 1000 DA par jour. Il n'y a bien évidemment pas de couverture sociale. Quelquefois la rémunération n'atteint même pas 500 DA, il s'agit donc clairement de revenus très faibles et les sommes qui peuvent être épargnées sont minimales, même si dans le contexte du pays d'origine elles peuvent aider un peu la famille. Ces sommes sont d'autant plus faibles que les loyers à payer sont importants, soit quelques milliers de DA. Dans une telle situation, il n'est pas rare que les migrants vivent dans des squats ou des grottes ou des endroits analogues afin de ne pas payer le loyer, Ceci évidemment avec toutes les incommodités qui accompagnent cette situation : exposition au froid, au manque d'hygiène, et de très mauvaises conditions de préparation des aliments. Certaines fois c'est « l'employeur » qui loue le gîte à l'endroit même où le migrant travaille : garage, maison en construction ou autre, Des fois encore il s'agit d'hôtels miteux comme à la casbah. Quand par miracle le migrant trouve une location c'est toujours sans contrat et sans aucune protection juridique et il peut être soumis à n'importe quel arbitraire, sans compter les réactions négatives du voisinage.

Dans certains cas, le migrant mendie à même le trottoir et passe ses nuits à la même place. Des cartons faisant office de couchettes et de couvertures.

Dès lors qu'on déduit le loyer au maigre revenu gagné, la part restante pour l'alimentation et l'habillement est faible. Il ne faut donc pas s'étonner que les migrants soient très mal nourris et souffrent de l'exposition à différentes maladies avec là aussi beaucoup de difficultés pour se soigner, on reviendra à ce sujet plus loin.

Dans certains cas, les migrants sont pris en charge par le HCR (Haut Commissariat aux Réfugiés), Des ONG ou des religieux aident aussi parfois les migrants avec de la nourriture ou des couvertures ou de l'habillement.

Chapitre II

Les relations sexuelles, la connaissance et la perception du risque VIH

I. Les premières expériences

Comme dans de nombreux pays d'Afrique au sud du Sahara, la première expérience sexuelle est généralement précoce hors du cadre du mariage, notamment, dans les communautés non musulmanes. Il est donc rarissime que la personne soit restée avec un partenaire sexuel unique, tous nos interviewés le confirment.

Une jeune congolaise de 33 ans, chrétienne : « Ma première expérience sexuelle remonte à l'âge de 14 ans. Chez nous, nous ne sommes pas exigeants comme vous. Ce que je comprends ici, si la femme dépasse 25 ans elle ne peut plus se marier ou elle trouve des difficultés pour se marier. Chez nous, même si tu as 50 ans, tu trouveras un mari (...), même si tu as des enfants, tu vas trouver un mari qui va t'honorer, et tu te marieras comme une vierge. (...) ce n'est pas obligatoire d'être musulman ou chrétien, C'est ton choix. Ma famille est chrétienne, mais il y a des musulmans. »

Un congolais 40 ans : « Au Congo, chez moi, on fait la connaissance des filles comme ça, et si elle est d'accord on part voir ses parents. (...) Ma première expérience sexuelle remonte à quand j'avais 16 ans, c'était avec une amie d'école (...) on a rompu quand elle est partie se marier, J'avais 23 ans. »

Un ivoirien, célibataire 26 ans : « Pour un sportif, un chanteur (comme moi), c'était facile d'avoir des relations (...) c'est avec ma copine, que j'aimais, qui avait 17 ans, que j'ai eu ma première expérience sexuelle. Elle s'est mariée ensuite (...) j'ai eu de nombreuses relations amoureuses après elle ».

Une guinéenne de 36 ans. Célibataire avec un enfant : « Ma première expérience était à l'âge de 17 ans, j'ai aimé mon ami, mais ce n'était pas pour longtemps. (...) à partir de l'âge de 25 ans où j'ai accouché, j'ai décidé d'être sage »

Dans d'autres pays, la situation peut être différente : « Oui, là bas (au Congo), c'est différent du Mali. Tu pars te promener, tu trouves une copine et puis vous faites la chose. Au Mali, les gens ne demandent pas comme ça », mais sans vraiment changer le constat d'une sexualité plutôt libre.

De manière générale donc, dans leur pays d'origine les migrants avaient une grande liberté sexuelle.

II. La sexualité actuelle

Les migrants sont le plus souvent célibataires. Par ailleurs le nombre d'hommes dépasse très souvent, largement le nombre de femmes migrantes, même si à Tamanrasset les regroupements familiaux sont fréquents. Dans ce cas, les hommes s'installent d'abord, et au bout d'une année ou deux sont rejoints par leurs femmes.

Les relations non seulement sexuelles, mais même amicales avec des personnes de la communauté d'accueil sont très limitées, sauf peut être à Tamanrasset où la proximité des cultures avec le Mali et le Niger peut faciliter le rapprochement.

Un ivoirien, célibataire 26 ans : « C'est impossible d'avoir une algérienne comme copine, si tu es avec elle, c'est en cache cache. Si les gens te voient tu pourrais avoir des problèmes ».

Les relations sexuelles se déroulent donc plutôt, le plus souvent, dans la communauté des migrants. Pour les hommes, lorsque l'individu n'observe pas d'abstinence, et au vu de la disproportion hommes femmes, la probabilité d'avoir des relations avec une prostituée est élevée. Il existe de nombreux réseaux de prostitution, notamment à Tamanrasset.

Dans tous les cas, une femme célibataire ou divorcée même avec des enfants, sans être prostituée, risque fortement d'avoir des relations multiples ou des changements fréquents de partenaires.

Pour les femmes, la prostitution est une option toujours présente, tenant compte de la pauvreté. La même personne que précédemment : « Moi, j'étais à Tam, j'ai vu des filles qui n'ont rien, elles se donnent pour vivre ».

Ou bien : « Ici à Tam, il y a des quartiers très vulnérables qu'il faut éviter comme Gataa El Oued et le château. Là bas il y a des femmes de différentes nationalités qui essaient de gagner leur pain, et les aventuriers passent pour satisfaire leurs besoins ». Sénégalais 32 ans, clandestin, en Algérie depuis 2005.

Une guinéenne de 36 ans, célibataire avec un enfant : « Parfois tu vis avec un homme pas par les sentiments pendant un mois, Deux mois ». A la question du nombre de partenaires, l'interviewée répond : « pour une femme comme moi, je ne peux pas compter, je n'ai pas de mari ». Elle a eu des relations sexuelles au cours du voyage : « pourquoi pas, quand on demande de l'aide chez un homme, il aide avec intérêt, il vise quelque chose ». « Pour moi je ne me donne à l'homme qu'après l'avoir étudié.

Et quand je ne suis pas sensible, il se peut que je reste un mois ou deux mois avant de passer à l'acte sexuel. Et si je suis sensible dans même pas un mois, dans une semaine ».

Avoir des rapports sexuels contre de l'argent, ou des avantages matériels, pour les femmes est d'autant plus facile que la majorité d'entre elles voyagent seules ou avec leurs enfants « L'acte passé, je suis payée et je retourne à ma place. Des partenaires j'en ai eu cinq le mois dernier »

Les rapports multiples ne sont pas évidemment l'exclusivité des femmes : « C'était une algérienne, comment vous appelez ça, les bousous (touaregs), une malienne, une de Côte d'Ivoire, pour moi, j'ai vu toutes sortes de femmes, j'ai vu des femmes du Nigéria, du Cameroun, du Congo ».

Enfin, la grande liberté sexuelle n'exclut pas non plus l'abstinence, notamment pour prévenir la survenue de maladies comme le sida ou les grossesses non désirées (voir ci dessous).

Bien évidemment, il est impossible de dire quelle est la fréquence de chaque type de comportement, mais la rencontre d'autant de femmes prostituées ou ayant des partenaires multiples ou en changeant fréquemment indiquent aussi une proportion importante d'hommes, clients ou partenaires.

III. Connaissances et perception du risque VIH

Les personnes interrogées ont des profils sociaux variables qui se reflètent dans la connaissance qu'elles ont de la maladie. Si toutes les personnes interviewées ont entendu parler de la maladie du Sida, en revanche, le niveau de connaissances qu'elles en ont varie fortement.

Ce degré de connaissances semble être lié avec le niveau d'instruction : une migrante nigérienne 38 ans, analphabète ne sait rien de la maladie, ni des voies par lesquelles elle se transmet, ni comment se protéger. Un béninois de 38 ans, niveau primaire : « Le sida, j'en ai entendu la première fois à la télé ou dans les publicités au pays, mais je n'étais pas convaincu ».

a. Les modes d'infection

De façon générale, deux modes d'infection sont majoritairement présents dans le discours des enquêtés, la transmission par voie sexuelle ou la transmission par voie sanguine. La transmission de la mère à l'enfant est beaucoup moins évoquée.

i. Le mode d'infection par voie sexuelle

La plupart des personnes fait le lien entre la sexualité et le Sida : « Je sais que le sida

se transmet par les relations sexuelles », « Le sida c'est une maladie sexuellement transmissible ». Ce mode d'infection est prioritairement évoqué dans les entretiens. Les autres modes d'infection sont beaucoup moins connus, la transmission de la mère à l'enfant n'est pas évoquée.

ii. Le mode d'infection par voie sanguine

Les personnes les plus jeunes connaissent mieux le mode d'infection par voie sanguine, alors que pour d'autres, il est peu connu :

« Le sida, il se transmet par transfusion, par les piqûres, par des choses tranchantes ».

Comme l'illustre cet extrait d'entretien,

« Il disait qu'il se transmet par le rapport sexuel, et le contact du sang, les aiguilles, les injections, et les brosses à dents communes ».

Ou bien : « le sida il se transmet par transfusion, par les piqûres, par des choses tranchantes, et par les rapports sexuels »

iii. Les idées fausses ou le manque d'information

Certains ont des idées fausses : « le sida se transmet surtout dans le rapport sexuel sans protection. Ensuite on dit, si tel individu a le sida, si vous mangez dans le même plat ou s'il touche le verre et vous buvez dans le même verre ça peut se transmettre ; d'autres disent que ça se transmet par l'habillement ».

D'autres ne sont pas sûrs de leur information : « Ça madame je voudrais bien que vous me l'expliquez, parce que je voudrais savoir comment ça se passe ». Ou bien : « je ne sais pas si ça se transmet avec la langue »

Comme exemple de discours reflétant un manque flagrant d'information, nous pouvons citer par exemple : « J'ai entendu dire par la piqûre, sexuellement, bon, par les coiffures, c'est ce que je sais ».

« Il disait qu'il se transmet par le rapport sexuel, et le contact du sang, les aiguilles, les injections, et les brosses à dents communes ».

« Et puis je ne sais pas si ça se transmet par la langue »

« Et puis on n'est pas vraiment informé sur la maladie, et les moyens de sa transmission. Tout le monde a peur »

D'autres réclament une information exacte et sûre « Oui, mais ce que je voudrais savoir c'est comment on peut sentir que la personne a le sida ? Quels sont les symptômes d'un sidéen ? »

Le SIDA peut être noyé aussi dans de nombreux autres problèmes, y compris de santé, qui font qu'on pourrait être moins vigilants qu'il ne faudrait : « Moi je suis venu chercher du travail, je ne veux pas penser à autre chose, je ne porte pas de préservatifs avec moi, cela peut me donner des idées et moi je ne veux pas de ça.

Et puis il n'y a pas que le SIDA, Il y a d'autres maladies plus graves, Il y a la syphilis et l'autre, j'ai oublié ».

Enfin, une croyance répandue veut que, si l'on se tient à l'écart des personnes vivant avec le VIH/Sida, il n'y a pas de danger d'être infecté.

Mais de manière générale, la méfiance éprouvée relativement envers les personnes porteuses de sida dans les rapports quotidiens qu'ils peuvent avoir avec eux, dénotent le fait du manque d'assurance quant aux modes de transmission de cette maladie.

De façon générale, il y a un manque crucial d'information sur les comportements à risques. Il y a un grand doute sur la maladie, le migrant n'est pas sûr de l'information qu'il détient.

b. Les modes de protection

Les modes de protection comme l'abstinence ou le préservatif sont relativement connus. Mais nombre de migrants n'utilisent aucune protection.

i. L'abstinence ou la fidélité

Le premier mode de protection est évidemment l'abstinence pour les célibataires ou la limitation à un seul partenaire.

Congolais 40 ans marié, 2 enfants. En Algérie depuis 4 ans : « Non (je n'ai pas eu de partenaire), je peux rester même 10 ans sans femme ».

Camerounaise 5 enfants, sans papiers, En Algérie depuis 10 mois : « j'ai eu d'autres expériences (que celles avec son mari dont elle est divorcée), mais pas beaucoup. Mais maintenant je ne veux pas avoir de relations, j'ai assez de problèmes comme ça. Tout ce que je veux c'est une bonne éducation pour mes enfants ».

Malien 38 ans, « Non je n'ai pas eu (de relations sexuelles), même à Bordj. Je ne cherche pas les problèmes, et puis je n'aime pas la prostitution. Ce n'est pas à cause du sida (...) moi je suis fidèle à ma femme ».

Nigérien 40 ans, : « je ne fréquente pas les boites de nuit, je suis devenu un Taleb, Je vous ai dit que j'ai fait un peu d'école coranique et même le Tafssir. En tant que musulman, je vous jure que jamais ; et puis moi, ici, je ne suis pas chez moi, Je vis caché et je ne peux rien faire. Depuis que je suis ici, j'ai quitté la scène ».

Guinéen 48 ans, marié avec une algérienne, depuis 16 ans en Algérie : « Moi je ne fréquente pas. Je suis marié. J'ai des enfants et leur vie me concerne. Je ne me vois pas fréquenter une autre femme qui est malade et puis retourner chez ma femme et lui transmettre la maladie ».

A la question est ce qu'il n'a pas d'amie ? Un migrant répond : « Non, surtout ici à

Tamanrasset, il faut être très prudent ». Sénégalais 32 ans, célibataire clandestin, en Algérie depuis 2005.

Malien 36 ans, « Pour le moment je n'ai qu'une partenaire, c'est ma femme. Je suis fidèle parceque je l'aime et je veux continuer ma vie avec elle ».

ii. Le préservatif

Le préservatif est un mode de protection connu. Les gens savent où se procurer des préservatifs en particulier en pharmacie : «Oui, c'est facile, il faut juste aller le chercher à la pharmacie. Normalement c'est des choses qu'on ne vend pas, cela devrait être gratuit».

Certains sont toujours prêts. Ils ont toujours un préservatif sur eux :

« J'ai toujours des préservatifs avec moi, sinon je fais mes comptes (!!!). Pour les hommes parfois tu vis avec un homme pas par les sentiments, pendant un mois, 2 mois il faut te préserver, et puis on a confiance »

« Ici non³, je n'en ai pas besoin, mais à Tam oui. Avec la femme Touareg. Elle ne parle pas le français. Donc on se comprend par des signes. Et puis mon patron m'a demandé si je connaissais le chapeau, et il m'a envoyé pour l'acheter».

Acheter une boîte de préservatifs dans une pharmacie reste une tâche relativement difficile à effectuer. Pour des raisons multiples. Le statut de clandestin du migrant ne lui permet pas d'aller demander des préservatifs en pharmacie ou à l'hôpital par peur qu'on lui demande ses papiers, et puis circuler avec un préservatif dans la poche est un délit pour la police, surtout pour les femmes :

« Moi, j'ai peur qu'on m'arrête avec un préservatif. Je risque le refoulement direct. On t'envoie à l'hôpital pour un examen, et puis chez le procureur et puis tu te retrouves devant les frontières »,

Les femmes sont toujours soupçonnées de prostitution. Même si les forces de police trouvent le préservatif dans leur propre maison ; ils l'emmènent au poste. Il est important de trouver une solution pour ces cas, surtout au sud de l'Algérie.

Il existe une catégorie qui n'utilise pas le préservatif par ce qu'elle se voit fidèle

« Je veux être fidèle à ma femme ».

3. Il s'agit d'une personne qui est à Alger et qui parle de la période où elle était à Tamanrasset ou elle vivait avec une femme targuie.

D'autres qui font un choix raisonné pour leur relation :

« Bon, je n'aime pas beaucoup les femmes parce que je n'aime pas la protection, ça veut dire, il y avait des femmes autour de moi, mais moi je faisais un choix, je ne m'adressais pas au genre de filles qui sortaient avec tout le monde, et puis moi j'ai connu tout genres de femmes quand j'étais en France en 91, pour cette raison j'ai peur des femmes ».

Pour d'autres il faut éviter les relations :

« Première chose, il faut s'abstenir des relations sexuelles »

Mais il faut insister sur la catégorie de personnes qui n'aiment pas utiliser le préservatif :

« Franchement je n'aime pas ça (le préservatif), et puis j'étudie d'abord la fille. Si je la vois sortir à droite et à gauche je la laisse. Mais les amis me disaient qu'il ne faut pas trop faire confiance aux gens, il y a la maladie ».

Les raisons de la non utilisation du préservatif sont nombreuses mais c'est « la réduction du plaisir » :

« Oui des fois j'utilise le préservatif mais moi je préfère sans c'est plus naturel et plus vrai »

Et puis certains n'osent pas demander au partenaire

« Ça m'arrive d'utiliser un préservatif quand le client le veut bien »

iii. Le manque de protection

Togolais 29 ans, célibataire : « Je fais l'amour 12 à 15 fois par mois, des fois 4 fois par semaine. Oui des fois j'utilise le préservatif, mais moi je préfère sans, c'est plus naturel et plus vrai ».

Rwandaise 26 ans, célibataire, prostituée : « des fois le client me demande de prendre une drogue avant l'acte sexuel . Oui j'ai des rapports anaux, j'en ai avec certains clients qui le demandent. Ça m'arrive d'utiliser un préservatif quand le client le veut bien, mais ça arrive que le client n'aime pas. Après chaque rapport, j'essaie de m'essuyer comme je le peux surtout quand c'est dehors ».

Chapitre III

Le dépistage et l'accès aux soins

I. L'information

Peu de personnes savent que le dépistage peut servir à bénéficier d'une prise en charge médicale rapide, très peu de personnes interviewées ont évoqué dans la discussion la nécessité de faire un test. Les centres de dépistage anonymes et gratuits restent très peu évoqués. Surtout au sud de l'Algérie ou la majorité des migrants ignorent l'endroit où on peut faire un test, Les migrants qui partent faire le dépistage l'ont déjà fait dans le pays d'origine.

« Oui, j'ai fait ça à Alger, parce Alors normalement chaque 3 mois tu dois le faire pour savoir ».

Et puis il y a cette peur d'aller faire un test à l'hôpital,

« Mais ce qui m'a étonné ici en Algérie, que tous les Africains ont peur de faire le test mais moi je l'ai fait pour me marier »

Les migrants ont peur d'aller à l'hôpital,

« Ils ont dit aussi, qu'il faut faire attention, quand tu pars à l'hôpital, il faut que tu achètes les piqures ».

Ils pensent qu'ils peuvent se faire tuer à l'hôpital

« Non, on avait peur, lui il était mort, mais nous on avait peur qu'à l'hôpital, si on a cette maladie, on entendait dire que, toi tu es un noir Africain on te donne, on t'injecte de faux médicaments, on doit te tuer, tout le monde avait peur de partir à l'hôpital »

La peur de l'hôpital se double de la peur de la police :

« On appelle la police pour les renvoyer chez eux comme ça elles ne meurent pas ici. En plus ils ne vont pas gaspiller les médicaments pour des blacks »

D'autres personnes considèrent qu'elles sont fidèles, et c'est un moyen de prévention pour eux :

« Moi je suis quand même fidèle, si je suis avec une personne je reste avec elle, Je ne fréquente pas plusieurs femmes à la fois (...) Si je sors avec une femme même si je la laisse, ce n'est qu'après 3 mois que je reprends une autre relation ».

La connaissance générale des traitements existants est globalement mauvaise dans la mesure où le VIH/Sida renvoie, pour la majorité à l'idée de la mort :

« Je sais que c'est une maladie, qui n'a pas de remède, et c'est une maladie vraiment mortelle, bon je me méfie trop même beaucoup ».

« C'est une maladie très dangereuse parce qu'elle n'est pas soignable actuellement »

Même si les personnes interviewées ont une connaissance basique du VIH/SIDA, la plupart se déclarent peu concernées par la maladie :

« Je ne pense pas le faire (le dépistage) parce que je suis sûr de moi. Je suis confiant, et parce qu'à chaque fois je pars chez le médecin je fais une consultation générale et je fais des analyses, et quand j'ai subi l'intervention chirurgicale, j'ai fait des analyses et c'était négatif »

Beaucoup de personnes ont entendu parler du Sida à travers les médias : la radio et à la télévision, et les campagnes de sensibilisation dans leur pays d'origine :

« A l'époque, il y avait des campagnes de sensibilisation, on distribuait des manuscrits et On nous parlait de ça à l'école, comment l'éviter, et tout ».

Une forte pression s'exerce dès lors sur les personnes vivant avec le VIH qui sont constamment confrontées au jugement de la société.

II. La peur de la maladie

La peur est un sentiment présent dans la totalité des entretiens réalisés avec les migrants « Si la personne est malade du sida, tout le monde a peur de toi, on t'approche pas, moi j'ai peur du sida et je ne peux pas vivre avec quelqu'un qui a le sida, je peux juste lui parler mais pas plus, et puis on n'est pas vraiment informé sur la maladie, et les moyens de sa transmission, tout le monde a peur ».

Celle-ci renvoie prioritairement au caractère mortel de la maladie :

« C'est une maladie qui vient à travers les relations sexuelles, et puis ça tue ».

La peur de la maladie et la honte face au VIH/Sida peuvent mener à une négation de la communauté ainsi qu'à une négation du risque face à soi-même :

« Bon pour le sida, depuis que je suis ici à Tam je n'ai pas vu ou entendu qu'un aventurier ou un migrant a apporté le sida en Algérie ».

Le VIH/Sida concerne les «autres».

III. Accès aux soins

L'accès aux soins est rendu difficile d'abord par l'absence d'information des populations migrantes. Ainsi la majorité des migrants ne connaissent pas les centres de prise en charge. Cet accès est rendu difficile aussi par la peur éprouvée par les migrants vis-à-vis des structures publiques de santé, de par à la fois leur état de clandestins et aussi par des rumeurs qui circulent sur l'empoisonnement des personnes atteintes de Sida dans les structures publiques. Enfin il y a un problème réel de racisme qui peut déboucher sur des formes de discrimination et de ségrégation. Dernier problème enfin, la cherté des médicaments.

i. Connaissances des centres de prise en charge

La majorité des migrants ne connaissent pas l'existence des centres de prise en charge. Ils viennent avec leurs idées sur les secteurs sanitaires de leur pays d'origine, et ils n'ont cette information qu'après avoir passé un temps ici en Algérie. A Tamanrasset on constate que leur ignorance persiste malgré leur ancienneté. Il existe donc un manque d'information sur les prestations que le grand hôpital présente pour ces patients. L'isolement des migrants explique aussi leur absence d'information.

La situation des migrants les amène souvent, malgré eux à avoir un comportement à risque plus élevé parce qu'ils ne pensent pas se soigner à l'hôpital pour les raisons citées plus haut, pour la cherté des médicaments, et le nonaccès à la sécurité sociale et puis leur ignorance qu'il existe des centres de dépistage gratuit.

Pour faire face à cette situation il faut que les secteurs sanitaires fournissent directement des soins aux lieux de regroupements de ces migrants. La sensibilisation pourrait être faite aussi par des médecins originaires des mêmes communautés que les migrants lorsque cela est possible.

Les hôpitaux Algériens sont vus avec méfiance, et puis la maladie elle-même dans un pays comme l'Algérie pose problème, elle est plutôt perçue comme le résultat d'un comportement déviant, et les malades sont constamment confrontés au jugement de la société. Le suivi des malades est quasiment inexistant à cause de la mobilité de ces derniers.

ii. La peur d'aller vers les structures publiques de soins

La quasi totalité des migrants ne pensent pas se diriger vers un secteur sanitaire en cas de maladie « Si je tombe malade je me soigne tout seul avec du paracétamol ou des médicaments que j'achète en pharmacie ». « Si je tombe malade, eh bien j'essaie de me soigner par les moyens que j'ai. Non l'hôpital il ne faut pas m'en parler parce que je n'y vais pas ». « Si je tombe malade je me soigne tout seul. Il faut vraiment que

ça soit grave pour que j'aille à l'hôpital et que je ne peux rien faire tout seul. »

Et si on demande les raisons de cette attitude on trouve presque les mêmes raisons : « Je risque de me faire attraper. Déjà dans mon quartier je ne sors pas. J'évite au maximum la police ».

« Non je ne vais pas à l'hôpital j'ai peur, on va me dénoncer à la police qui va me reconduire ensuite à la frontière ».

« Des amis qui n'ont pas les papiers ont ce problème là, parce qu'ils ont peur d'aller à l'hôpital, ils ont peur de se faire attraper par la police. Et si la police les attrape, ils sont enchaînés et renvoyés dans leur pays. Il y a même des blacks mariés à des algériens, qui ont des enfants et tout, et ils ont été séparés par la police »

« Je n'irai pas à l'hôpital. On m'attrapera ».

La peur d'aller voir un médecin à l'hôpital est justifiée par la peur du refoulement et la demande des papiers que les migrants n'ont pas (séjour irrégulier), ils ont tous la certitude qu'ils risquent le refoulement. Ces migrants ne fréquentent pas les établissements publics de soins, de peur d'être localisés et interrogés par les autorités et reconduits aux frontières, et de peur d'être gravement malades (certains pensent que les autorités sanitaires « achèvent » avec de faux médicaments, les malades atteints du sida). Pour cette raison ils préfèrent voir un privé

« Lorsque je tombe malade je vais chez le médecin privé, à l'hôpital on me pose trop de questions. Il y a des imprimés à remplir et on me demande les papiers ».

Le privé pour les migrants est un refuge, il ne pose pas de questions sur la personne, il permet l'anonymat et fait gagner du temps. Les migrants ont en effet peur de circuler.

« Je risque de me faire attraper, déjà dans mon quartier je ne sors pas ».

La sous information des migrants sur leurs droits en matière de santé encourage leur fuite des secteurs sanitaires, surtout que dans le pays d'origine ces prestations sont payantes.

Il est important de noter aussi que les travailleurs de la santé ignorent ou négligent les droits à la santé des migrants. Ce comportement finit évidemment par se connaître et contribue à éloigner les migrants des structures de santé.

En cas d'urgence, l'intervention des services de sécurité accroît les complications

« A l'hôpital, j'ai peur et surtout dernièrement depuis qu'on a eu une histoire avec un ami qu'on a emmené aux urgences, on a été suivi par un policier, On nous a pris nos renseignements et on a été arrêtés au commissariat. Tandis que notre ami qui devait être aux urgences pour se soigner souffrait et il en est mort sur la route. Au lieu de le soigner ils nous ont fait perdre le temps, il est finalement mort. Depuis je ne vais plus à l'hôpital, Je vais au privé, Je paie et on ne me demande pas mes

papiers ».

iii. Discrimination, ségrégation

Certains migrants ressentent la discrimination des Algériens, Ils disent que les Algériens sont racistes : « Des amis algériens, je n'en ai pas. Ils sont méchants avec moi, Ils sont racistes et Ils n'aiment pas les blacks ».

Les témoignages de racisme sont nombreux, cette situation peut naturellement amener des difficultés dans l'accès aux soins. L'accès aux soins en Algérie est difficile aussi à cause du mauvais accueil qui est réservé aux migrants, tout au moins dans certains cas

« Là bas, la femme me donnait des rendez-vous, plusieurs rendez-vous, et la douleur je ne pouvais plus la supporter, je prenais des médicaments comme ça sans prescription médicale».

« Parce qu'on les fait attendre, on ne peut pas les toucher parce qu'ils ont la peau noire »

Les migrants parlent de discrimination et de ségrégation même s'ils n'en parlent pas franchement :

« Je n'ai pas subi la discrimination raciale, même s'il le faisait avec certains, mais pas avec moi ».

« Nous on ne nous aime pas, on n'est pas les bienvenus, ici on est des étrangers. Alors si on est des étrangers malades, c'est pire. »

La discrimination ou la ségrégation ne sont pas systématiques évidemment

« Non, je ne crois pas, moi je suis déjà partie à l'hôpital et j'ai fais quelques jours, j'ai vu que le manger est le même pour tous les malades, mais j'étais obligé de partager le même lit avec une autre personne parce qu'il n'y avait pas de place, à part ça, il n'y a pas de discrimination ».

D'autres migrants sont plus satisfaits :

« Au début, c'était compliqué, parce que tout les monde se demandait qui est ce noir, et puis j'ai expliqué pourquoi je voulais faire la radio, et tout était facile en suite »

« Moi je remercie les autorités Algériennes parce qu'ici toute personne qui se rend à l'hôpital pour se soigner il n'a qu'à présenter un papier, une carte d'identité ou un passeport et il est soigné. Moi-même j'ai subi une intervention chirurgicale j'ai passé 3 jours et je n'ai pas vu de discrimination, je n'ai rien payé. Là bas on ne paie pas. Ici la consultation est gratuite mais les médicaments tu les achètes sauf si tu es hospitalisé on te prend en charge ».

iv. La cherté des médicaments

Certains sont satisfaits de la prise en charge mais mettent l'accent sur la cherté des médicaments : « mais pour aller acheter les médicaments, je n'ai pas assez de moyens ».

Les pharmacies sont surtout sollicitées en premier lieu, pour des avis médicaux et

un éventuel conseil sur le traitement à suivre. Et si la maladie persiste le migrant se dirige vers le médecin privé s'il a un peu d'argent sinon à l'hôpital après avoir demandé un avis à d'autres migrants, d'autres préfèrent se tourner vers la médecine traditionnelle : « et puis après j'ai fait des choses traditionnelles »

En conclusion, ce chapitre montre qu'on est face à une communauté fortement vulnérable à la propagation du virus du VIH, de par :

- Le pays d'origine où la prévalence du VIH peut parfois être importante
- De par des conditions de vie très défavorables (logement, alimentation, hygiène) et une pauvreté élevée
- De par une grande liberté sexuelle et des pratiques sexuelles peu prévenantes.

Cette population est d'autant plus vulnérable qu'elle est sous informée sur la maladie elle-même et les moyens de s'en protéger, et qu'elle éprouve des problèmes d'accès aux soins, au dépistage, aux médicaments et aux préservatifs. Ces problèmes d'accès découlent à la fois du statut de clandestin de beaucoup de migrants et par moment du manque d'information ou encore de la discrimination.

Conclusion générale

Les caractéristiques de la migration que cette étude fait apparaître sont :

- Un flux migratoire dans des conditions irrégulières qui échappe donc au contrôle sanitaire requis aux frontières
- Des populations que les institutions ignorent et qui ne sont donc pas intégrées dans les stratégies de prise en charge.
- Des populations poussées à la migration par la pauvreté et les conflits armés, donc sans aucune ressource ou en tout cas avec de faibles ressources.
- Des populations dont le niveau d'instruction est généralement bas et le niveau social et professionnel défavorable, même si on peut trouver une proportion non négligeable qui a un niveau d'instruction élevé.
- Des populations qui traversent des pays subsahariens soumis au dictat des passeurs qui conduisent à des comportements à risques.
- Des populations pour lesquelles la sexualité est un concept relativement libre.
- Des populations dont la priorité est la survie pour eux et leurs familles restées au pays d'origine, pour qui le SIDA ne trouve pas sa place dans leurs multiples défis.
- Des populations qui ont des connaissances insuffisantes en matière de SIDA.
- Des populations qui ont peu ou pas accès à la prévention et aux soins en matière d'infection par le VIH.
- Des populations qui ont peur d'accéder au système public de soin ou qui, quand elles l'approchent peuvent subir une discrimination.
- Des populations avec un faible pouvoir d'achat et qui accèdent tout aussi difficilement aux médicaments.

Relativement à la question des besoins des migrants, de l'évaluation de leurs connaissances et de la connaissance de leurs attitudes et pratiques du point de vue de la prévention des IST/VIH/SIDA, cette étude montre clairement leur grande vulnérabilité et leurs besoins en services les plus essentiels. Elle montre aussi que

leurs connaissances et leurs informations sur le VIH/SIDA restent élémentaires et que leurs pratiques sexuelles, notamment du fait d'une grande liberté sexuelle et du fait que la pauvreté pousse une proportion non négligeable des femmes migrantes à la prostitution, constituent un risque certain de propagation du VIH aussi bien dans la communauté des migrants que dans la communauté d'accueil. Dans ce contexte, comment protéger ces populations et protéger le restant des autres communautés contre l'infection VIH ?

Tenant compte des constats précédents, il serait d'un apport certain de compléter cette étude qualitative par une étude quantitative basée sur une enquête auprès des migrants. Cette enquête devrait bénéficier dans sa conception de données du secteur de la santé : nombre de cas de VIH identifiés dans cette population, répartition par sexe, âge, nationalité, niveau d'instruction, nombre d'années de présence en Algérie et évolution des cas par année. Ceci permettra de construire un plan de sondage pertinent.

Une telle étude donnera les bases pour la conception d'une action efficace mais n'exclut pas d'entamer cette action dès à présent.

C'est pour cela que nous suggérons la conception d'un véritable plan d'action envers ces populations. Ce plan est tout à fait envisageable, il s'agirait d'une vraie « initiative » à monter progressivement à des fins de dissémination, afin de toucher un maximum de personnes. Les actions vont comporter deux axes : Un axe préventif, Un axe curatif. Elles vont porter sur deux catégories de migrants.

C- les populations en situation régulière, détentrices de papiers doivent bénéficier des mêmes prestations préventives et curatives que les citoyens Algériens, mais des actions ciblées doivent leur être adressées portant sur :

- l'information, l'éducation sanitaire et la communication sur l'infection par le VIH.
- l'information répétée sur l'accès à la sérologie et aux soins curatifs.
- Une sensibilisation des personnels de santé des secteurs publics et privés: (au préalable nécessaire) pour avoir leur adhésion à cette « initiative ».
- L'identification de personnes ressources parmi cette catégorie de migrants à même d'assurer le relais entre les autres migrants, les associations et les institutions, mais leur rôle principal est d'être des pairs éducateurs en lien avec les associations

D- Les populations sans papiers doivent être « contactées » et rendues accessibles par des personnes ressources identifiées parmi les migrants en situation régulière, le mouvement associatif ou d'autres personnes ressources volontaires. Ces équipes sont chargées des contacts et d'organiser l'information auprès de ces populations ainsi que faire le lien avec les structures de dépistage anonyme et gratuit et les

structures hospitalières de prise en charge des personnes infectées. Des équipes pluridisciplinaires vont se former et se déplacer dans les points où ces populations se regroupent. La notion de pairs éducateurs est ici tout aussi importante que pour les migrants légaux, sinon plus. L'enquête a en effet montré la difficulté extrême à, d'une part approcher les migrants clandestins et d'autre part après l'accès, à parler de sexualité ou de VIH. Cette difficulté vient en grande partie du manque de confiance ; ce manque de confiance est lié évidemment à la peur d'être signalé aux autorités. Il est donc nécessaire d'une part d'approcher le clandestin à travers des personnes en qui ils ont confiance, qui pourraient être par exemple des personnes de la communauté. D'autre part, ce rapport de confiance doit donc inclure une séparation claire et nette entre le statut de la personne demandeuse de soins et le caractère légal ou illégal de sa présence en Algérie. Il s'agit là d'une condition sine qua non pour espérer limiter sérieusement la propagation du virus dans cette population. Du reste une étude coût avantage prenant en compte le coût du traitement de nouveaux cas dus à l'exclusion des migrants des soins pourrait montrer facilement la rationalité d'une politique donnée indistinctement du statut de la personne.

Un tel plan doit évidemment prendre en compte les moyens disponibles pour sa réalisation :

- Possibilité de recruter des personnes ressources et des pairs éducateurs dans les endroits pertinents.
- Personnel de lobbying et de sensibilisation dans le secteur de la santé et les structures hospitalières.
- Personnel de sensibilisation chez les migrants après que le contact ait été fait par les personnes ressources.

Les indicateurs d'efficacité d'un tel plan peuvent aussi être simplement conçus. Ils peuvent être limités au départ et étoffés ensuite au fur et à mesure que le plan sera mis en place. On peut imaginer par exemple :

- Nombre de « communautés » (nationalité, localité, ou tout autre critère pertinent...) touchées à l'aide de personnes ressources.
- Nombre de personnes ressources par communauté (distinguer hommes femmes par exemple)
- Nombre de personnes touchées de la communauté à travers des actions de sensibilisation
- Nombre de prostituées touchées dans la communauté à travers des actions de sensibilisation
- Nombre de dépistages réalisés
- ...

Annexe I

Etude migrants et SIDA, Guide d'entretien migrants

1- Identité sociale

Sexe, âge, lieu de naissance, niveau scolaire, profession (exercée ou souhaitée), statut matrimonial, nationalité, le type est un buveur, il se drogue avec qu'elle moyen.

Type de logement, nombre de personnes vivant dans le même logement, liens avec les personnes avec qui vous logez (parents, enfants, famille, amis...)

Style de vie et réseaux sociaux. Décrire une semaine : manière de dépenser le temps : loisirs, sport, bandes de jeunes, fréquentations mixtes, consommation des cigarettes, d'alcool, de drogue....

2-Itinéraires Migratoires/contextes

- De quel(s) pays venez-vous ?
- Les raisons qui l'ont poussé à migrer ? (Pourquoi)
- Pour quelles raisons avez vous quitté votre pays ?
- Contraintes et conflits familiaux (lesquels?)
- Problèmes sociaux (pauvreté, argent, divorce, etc...)
- Mobilité géographique et sociale (pourquoi avoir quitté ta région ?)
- Influences sociales (lesquelles ?)
- Autres évènements ou sollicitations qui t'ont conduit à la migration ?

Demander de décrire le parcours migratoire. Tenir compte du pays d'où il vient (ne pas confondre la nationalité, le pays ou la personne vit et celui d'où elle vient).

- Comment il est venu en Algérie ? Depuis combien de temps ? d'où il vient ?
- La situation de l'enquêté (régulière ou irrégulière ?).
- Le temps passé pour arriver en Algérie. (Combien de temps a-t-il passé pour arriver?)
- Citer et nommer les pays (les régions) que vous avez traversés pour arriver là, (décrire le circuit du migrant)
- Combien de temps êtes vous resté dans chaque pays ?

- Vous déplacez- vous seul ou en groupe ?
- Combien d'hommes, de femmes et d'enfants composent ce groupe ?
- Comptez-vous vous installer ici définitivement ou dans une autre région d'Algérie ? Précisez.
- Notion de passage et/ou d'arrêt provisoire (court ou de longue durée ?)
- Y a t'il un pays (ou des pays) ou vous repartez régulièrement ? Lesquels ?
- Noter s'il existe un périmètre de mobilité bien identifié (même circuit qui revient en permanence et depuis combien de temps il est sur ce périmètre), (Le pays d'où il vient n'est pas forcément son pays d'origine) préciser s'il s'agit d'autres pays que ceux qu'il a éventuellement traversés.)
- Avez-vous programmé de partir dans une autre ville ou région du pays ? Lesquelles?
- Avez-vous programmé de quitter ce pays pour un autre lequel ou lesquels ?
- Combien vous a couté le voyage ?par quel moyen de transport ?
- Est-ce que vous étiez contraint de travailler pour poursuivre votre voyage ?
- Citez le genre de travail ?
- Est-ce qu'il (ou elle) a été contraint de se prostituer pour payer son voyage ? Combien de fois et par qui ?et est-ce qu'il (ou elle) a des relations sexuelles payantes maintenant ? Pourquoi ?

3- Premières expériences amoureuses et sexuelles

- A quel âge avez-vous eu votre première aventure amoureuse ?
- Quelle a été votre première expérience sexuelle (masturbation, contact avec animaux...)?
- A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?
- Quel âge avait votre premier partenaire sexuel ?
- Etait-il de même sexe que vous ?
- Qui a été votre premier partenaire sexuel (membre de la famille adulte, membre de la famille de même âge, petit ami (e), connaissance de la famille, adulte étranger, prostituée...)?
- Etiez-vous contraint de faire l'amour la première fois ?
- Pourquoi avez-vous fait l'amour la première fois ?
- Aviez-vous conscience d'un risque quelconque ? Lequel ?

4- Le réseau sexuel

- Comment rencontrez-vous vos partenaires sexuels ?
- Combien de temps s'écoule entre la première rencontre et le premier rapport sexuel ?
- Combien de temps restez-vous avec un partenaire en général ?

- Combien de partenaires avez-vous eu en tout ?
- Combien de partenaires avez-vous eu la dernière année ?
- Vous arrive-t-il d'avoir plusieurs partenaires à la fois ? Combien ?
- Vous arrive-t-il d'avoir des partenaires occasionnels ?
- Racontez une relation sexuelle.
- Avez-vous des partenaires de même sexe ?
- Si vous n'avez jamais eu de partenaires sexuels, pourquoi ? Dans ce cas, comment imaginez-vous votre premier rapport sexuel ?

5- Pratiques sexuelles

- Prenez-vous une drogue avant l'acte sexuel ?
- Combien de fois avez-vous fait l'amour le mois dernier ?
- A quand remonte votre dernier rapport sexuel ?
- Avec qui était-ce ?
- Avez-vous des rapports anaux avec votre partenaire ?
- Avez-vous utilisé un préservatif ? Pourquoi ?
- Faites-vous l'amour sans pénétration ?
- Vous masturbez-vous mutuellement ?
- Après un rapport est-ce que vous avez la possibilité de vous laver ?
- Est-ce qu'il vous arrive d'avoir des rapports sexuels successifs sans vous laver ou laver votre sexe ? (rapport avec le même partenaire ou plusieurs partenaires, rapport anal, buccal ou vaginal).
- Est-ce qu'il vous arrive de faire des rapports en groupe ? (plusieurs hommes avec la même femme en même temps, ou plusieurs femmes avec un homme, ou plusieurs hommes avec plusieurs femmes, ou un échange de partenaires au même temps).
- Racontez un rapport sexuel.

6- Connaissance et perception du risque VIH

- Quand avez-vous entendu parler de SIDA la première fois ?
- Que signifient les sigles VIH et SIDA ?
- Définissez les termes : séropositif, malade de SIDA ?
- Comment se transmet le VIH ? Par quel moyen ?
- Par quel moyen peut-on savoir si on est infecté par le virus du SIDA ? (Si la personne ne répond pas : D'un examen de sang ? D'urine ? Une simple consultation ? Autre : précisez ?)
- Existe-t-il un traitement pour le VIH/Sida ?
- Avec quels partenaires risque-t-on le plus d'attraper le VIH ?
- Connaissez-vous personnellement un séropositif ou un malade de SIDA ?

- Comment vous comportez-vous avec lui ? Que vous inspire-t-il ?
- Avez-vous peur d'attraper le VIH ?
- Comment faites-vous pour éviter le VIH ? (Abstinence, fidélité, sélection des partenaires, préservatifs, Les douches répétées, rien du tout. (Ce qui doit arriver arrivera)
- Pensez-vous être concerné par l'infection VIH/SIDA ? (Cette question cherche à savoir si le VIH est l'affaire des autres et pas la sienne).

7-Traitement /soins

- Lorsque vous tombez malade ou vous soignez vous ? (si la personne ne répond pas : hôpital, centre de santé/polyclinique, cabinet privé, chez un guérisseur, avec des plantes, automédication, ne me soigne pas).
- Savez-vous qu'il existe en Algérie des centres de prise en charge pour les personnes infectées par le VIH (précisez la région, wilaya, structure) ?
- Quand vous avez une maladie quelconque, avez-vous des difficultés pour vous soigner dans une structure de soins ?
- Disposez-vous facilement de préservatifs ? comment ?
- Avez-vous fait toutes vos vaccinations ? Ou ?
- Fréquentez-vous une structure de santé régulièrement publique ou privée (Précisez l'endroit) ?
- Au cours de votre voyage est-ce que vous êtes tombé malade ? Quel genre de maladie ? Qui vous a soigné ? (parler des maladies sexuelles)

8-Sérologie

- Savez-vous ou l'on peut faire un examen de sang pour dépister le VIH/SIDA (dans la région) ?
- Avez-vous fait un examen sérologique de dépistage ?
- Si vous pensez avoir été infecté par le VIH, penseriez-vous à effectuer un test sanguin ? Pourquoi ?
- Avez-vous des difficultés pour effectuer votre sérologie ?

9-Droits-ségrégation-discrimination

- Les personnes infectées par le VIH conservent-elles les mêmes droits que les autres personnes ? Comment ? Pourquoi ?
- Recevrez-vous, chez vous un parent ou un voisin que vous savez qu'il est contaminé ?
- Si vous étiez atteint par le VIH en parleriez-vous librement comme de n'importe quelle autre maladie ? Pourquoi ? Si la personne n'est pas atteinte.

Annexe II

Données factuelles des enquêtés (Alger – Oran – Tamanrasset)

ALGER						
Age	Sexe	Niveau scolaire	Origine	Durée	Situation	Observations
33ans	Féminin	Sait lire et écrire	Congo, république démocratique, ex : Zaïre	5ans	Réfugiere, HCR, (Delly Brahim)	Mariée avec 3 enfants (Chrétienne), vit avec son mari. Elle fait des travaux ménagers, et son mari fait de la maçonnerie de temps à autre. Elle a fui la guerre et elle est entrée par le Centre Afrique, elle a fait le Cameroun puis le Tchad, du Tchad elle est venue par Arlits dans le Niger pour entrer en Algérie.
40ans	Masculin	1 ère année secondaire	Congo Démocratique, ex Zaïre,	3ans	Illégale, sans papiers	Marié avec 2 enfants (Chrétien) il est venu sans sa famille, il à fuit la guerre, il avait son propre commerce avant de quitter, il fait des petits travaux aux chantiers.
38 ans	Féminin	licence en biologie.	Cameroun	10mois	Illégale, sans papiers,	Séparée avec 5 enfants (Chrétienne) elle est naturopathe, elle soigne les gens à base de plantes, elle avait son propre travail au Cameroun, mais elle a quitté son pays à cause des conflits de familles, par la sorcellerie, elle devait sacrifier un de ses enfants
36 ans	Féminin	niveau secondaire	Guinée	3 semaines	Illégale, sans papiers	Chrétienne, mère célibataire avec un enfant, elle a voulu vivre dans un pays de droit, là ou il y a des blancs. Elle travaillait comme coiffeuse dans son pays d'origine, elle voulait trouver une vie meilleure.
38 ans	Masculin	en 5 ème, il a le bac	Mali	2 mois et 10jours	Illégale, sans papiers	Chrétien, marié avec 2 enfants, il est venu sans sa famille. Il était commerçant au Mali, mais comme il avait des conflits dans la famille, il a tout perdu et a migré pour gagner de l'argent.
26 ans	Masculin	analphabète	Cote d'ivoire	3ans,	Illégale, sans papiers	Célibataire, il ne pouvait pas travailler dans son pays à cause de la guerre, il est né musulman, mais après il est devenu chrétien. Son voyage était programmé, il voulait jouer dans un club de foot.

ORAN						
Age	Sexe	Niveau scolaire	Origine	Durée	Situation	OBSERVATION
36 ans	Masculin	analphabète	Mali		régulière	Marié avec une malienne qu'il a rencontré en Algérie, C'est les contraintes économiques qui l'ont poussé à émigrer. Il n'avait pas de travail
36 ans	Masculin	Primaire	Bénois		Illégale, sans papiers	Célibataire, couturier (Broderie appliquée) il a quitté son pays à cause de la pauvreté
32 ans	Masculin	Primaire	Ghana		Illégale, sans papiers	Célibataire, couturier (Broderie appliquée), il a quitté son pays à cause de la pauvreté, il voulait passer par la Libye pour rentrer en Italie.
32 ans	Masculin	Moyen	Ghana		Illégale, sans papiers	Marié avec 02 enfants, Sa famille est restée au pays, La misère l'a poussé à partir. Ce qu'il gagne il l'envoie à sa famille, il travaille comme couturier.
30 ans	Masculin	6ème année primaire	Bénois		Illégale, sans papiers	Marié avec 02 enfants, sa famille est restée au pays, La misère l'a poussé à partir il voulait aller en Europe, il travaille comme couturier.
29 ans	Masculin	3ème année primaire	Togo		Illégale, sans papiers	Célibataire, C'est le manque de moyens et La misère. Il a fait plusieurs willayas de l'ouest, Mascara, Tiaret, Sidi Bel Abbes ; Il se déplace en groupe, il fait de la couture.
26 ans	Féminin	2ème année primaire	Rwanda		Illégale, sans papiers	Victime de guerre, violée par un groupe, consomme de la drogue. elle vit dans une cave abandonnée, Célibataire, elle fait le ménage, et les jours ou elle ne travaille pas elle fait de la mendicité, ou de la prostitution occasionnelle.

TAMANRASSET

Age	Sexe	Niveau scolaire	Origine	Durée	Situation	OBSERVATION
32 ans	Masculin	10ème, c'est un niveau qui permet de passer le Bac	Mali	2 ans.	Il a son passeport et renouvèle chaque 3 mois ses papiers.	Il fait des allers et retours entre le Mali et Tamanrasset. Il a appris la maçonnerie. La pauvreté l'a poussé à émigrer en Algérie, par ce qu'il y a du travail et il est mieux payé.
40 ans	Masculin	lycéen	Niger	18 ans	Il n'a pas de papiers, ni de passeport	Musulman marié sans enfant. Sa femme est au 7 eme mois de grossesse, il est là depuis 1992, il avait 22 ans, il a quitté le pays avec l'espoir d'atteindre l'Europe (la suisse), mais comme il arrivait ici à Tamanrasset à gagner sa vie, il est resté ou il fait de la menuiserie
48 ans	Masculin	études supérieures en génie civile, construction de bâtiment	Guinée Conakry	16 ans	régulière	Musulman, Marié avec une Algérienne d'origine Marocaine, avec 2 enfants, il travaille comme pâtissier. Il est venu ici en tant qu'aventurier, il est là depuis 1994, il pensait rejoindre l'Europe.
32 ans	Masculin	niveau secondaire	Sénégal	5 ans	Illégale, sans papiers	un migrant clandestin, il avait l'espoir d'atteindre l'Europe et surtout s'investir dans le mouvement humaniste. Il a une association des migrants Sénégalais.
38 ans	Féminin	analphabète	Niger	19 ans	Illégale, sans papiers	Elle s'est mariée à l'âge de 13 ans. Maintenant elle est mariée avec un Nigérien, elle a 7 enfants, 2 d'entre eux d'un algérien, avec qui elle vivait sans mariage. Elle a été refoulé plus de 10 fois mais à chaque fois elle trouve la solution pour revenir, la pauvreté l'a poussé à quitter son pays. Ici elle fait de la restauration, de la cuisine ambulante
37 ans	Masculin	bac	Guinée Conakry	9 ans	Régulière, il a un passeport Malien	Il a quitté la Guinée à cause de la souffrance, et la pauvreté. Marié en Guinée. Il a fait venir sa femme en 2009, elle vient d'accoucher. Il travaille comme peintre, Il a vécu 4 ans à Alger centre, il a même visité d'autres willayas.
49 ans	Masculin	un peut d'école	Cote d'ivoire	10 ans	Régulière, il a un passeport Malien	marié avec une algérienne et a une petite fille, il a quitté son pays à cause de la guerre, en Cote d'ivoire Il travaillait comme manager artistique, il travaille comme peintre en Algérie, il a fait le centre d'Alger durant 5 ans.

La présente publication a été élaborée avec l'aide de l'Union Européenne. Le contenu de la publication relève de la seule responsabilité de l'Association AIDS ALGERIE et ne peut en aucun cas être considérée comme reflétant l'opinion de l'Union Européenne.

