

Migration et connaissance du sida en milieu rural camerounais : comparaison hommes-femmes

Myriam de Loenzien and Isabelle Parizot

Volume 8, Number 1, 1995

Femmes, populations développement

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/057822ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/057822ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Recherches féministes

ISSN

0838-4479 (print)

1705-9240 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

de Loenzien, M. & Parizot, I. (1995). Migration et connaissance du sida en milieu rural camerounais : comparaison hommes-femmes. *Recherches féministes*, 8(1), 111–132. <https://doi.org/10.7202/057822ar>

Article abstract

The effects of migration on knowledge pertaining to AIDS are not well known for lack of studies on the subject. This article presents some results from a multidisciplinary research done in a rural area of Cameroon in 1992-93. It shows that, because of different migratory behavior, not only do men have a better knowledge of AIDS, but this increases relatively the lack of information for women.

Migration et connaissance du sida en milieu rural camerounais : comparaison hommes-femmes

Myriam de Loenzien et Isabelle Parizot

Au cours des années 1980, la situation géographique des épidémies de VIH en Afrique a été clairement précisée. Le VIH1 touchait principalement l'Afrique centre-orientale¹, alors que le VIH2, « originaire » d'Afrique de l'Ouest, affectait plus particulièrement cette région. La zone frontalière de ces deux régions, qui regroupe le Nigeria et plus particulièrement le Cameroun, semblait « épargnée ».

Dans un premier temps, la méconnaissance des taux de « séroprévalence » a été évoquée. Puis trois explications ont été avancées. Au cours de cette période, les conditions politiques au Nigeria se sont traduites notamment par des restrictions en matière de migration. Le contexte économique était peu favorable aux échanges. Enfin, sur le plan géographique, le Nigeria et le Cameroun étaient considérés comme formant un « angle mort » entre les « foyers majeurs » des infections et auraient donc créé un « effet barrière » (Amat-Roze 1989).

Depuis la fin des années 1980, les taux de séroprévalence ont fortement augmenté dans cette zone (US Bureau of Census 1994). Au Cameroun, le taux de séroprévalence du VIH1 parmi les prostituées était de 45 % en 1992 à Douala et de 27 % à Yaoundé (US Bureau of Census 1992). La région de l'Est est particulièrement touchée, avec un taux de séroprévalence des femmes enceintes de 7,9 % à Bertoua (capitale de la province) en 1992 (Ministère de la Santé 1992). Au 1^{er} janvier 1992, le Cameroun avait déclaré à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) 429 cas de sida, mais on estimait leur nombre réel à 1 346, soit 0,11 cas pour un million de personnes (Mann, Tarantola et Netter 1992). Même la population rurale, qui représente 59 % de la population totale, est touchée. Le taux de séroprévalence en zone rurale dans la province de l'Est s'élevait à 2,2 % (Migliani *et al.* 1992).

La progression rapide de l'épidémie a conduit à la formulation de deux hypothèses concernant les voies de propagation. Le VIH se propagerait d'une part par l'intermédiaire des capitales économique (Douala) et administrative (Yaoundé), d'autre part de la Centrafrique vers le Cameroun par une piste qui relie les capitales de ces deux pays frontaliers (Tessier *et al.* 1993).

De nombreuses études réalisées dans différentes régions d'Afrique suggèrent que les migrations favorisent la propagation de l'épidémie de sida (Amat-Roze 1989; Caldwell et Caldwell 1993; Orubuloye, Caldwell et Caldwell 1993; Serwadda *et al.* 1992; Pison 1992; etc.), mais l'influence de ces migrations

1. L'Afrique centre-orientale est délimitée par la Centrafrique au nord, le Kenya à l'est, la Zambie au sud, le Congo à l'ouest (Amat-Roze 1989 : 351).

sur la diffusion des connaissances relatives à l'épidémie n'est que très peu étudiée et reste méconnue.

Or, il est vraisemblable qu'il existe un lien entre connaissance et comportements (quand on ne connaît rien sur le sida, on ne peut pas adopter de comportements préventifs en fonction de ses connaissances). Ce lien dépend de l'information mais aussi des attitudes et des systèmes de représentations, de la disponibilité des moyens de prévention, etc.

Nous étudierons ici l'influence de la migration sur les connaissances relatives au sida, préalable à l'analyse d'une influence de la migration sur les changements de comportements.

Pour cela, nous nous appuyons sur les monographies de cinq villages de l'Est-Cameroun, constituées suivant une approche démographique et socio-anthropologique². L'enquête de terrain fut réalisée en 1992-1993, durant cinq semaines, par six enquêtrices et cinq enquêteurs (d'Afrique francophone et de France) accompagnés chacune et chacun d'une traductrice ou d'un traducteur de la région. Notamment, 1 404 questionnaires individuels ont été soumis à des hommes de 18 à 55 ans et à des femmes de 14 à 49 ans³. Ils ont permis le recueil de données sociodémographiques générales et d'informations sur la santé, la sexualité et les connaissances et attitudes relatives au sida. Par ailleurs, 90 entretiens individuels et 26 entretiens de groupe ont été effectués auprès de la population générale et 34 auprès d'informatrices et d'informateurs privilégiés. Les informations recueillies visaient à illustrer, à compléter et éventuellement à nuancer l'analyse de l'information obtenue par les questionnaires, mais ils ne feront pas ici l'objet d'une analyse systématique ni approfondie. Les données exposées dans le présent article résultent essentiellement de l'exploitation statistique des questionnaires individuels.

Les cinq villages étudiés appartiennent au département de la Kadey dans la région de l'Est, où le sida connaît actuellement une progression importante, et se situent sur les deux pistes reliant le poste frontière RCA/Cameroun et la ville de Batouri. Dans cette zone, une étude épidémiologique a mis en évidence des taux de séroprévalence du VIH1 en milieu rural de 2,17 %⁴ chez les sujets de 15 à 44 ans (2,41 pour les femmes et 1,87 pour les hommes, la différence n'étant pas significative) (Migliani *et al.* 1992).

-
2. Ces monographies font partie d'un programme international de formation et de recherche sur les facteurs sociodémographiques et culturels de la propagation du sida en milieu rural burundais, camerounais et sénégalais, programme réalisé sous la direction du professeur Y. Charbit. Au Cameroun, l'enquête a été effectuée par le Centre d'études et de recherche sur les populations africaines et asiatiques (CERPAA) et l'Institut de formation et de recherche démographique (IFORD), en collaboration avec l'Unité de lutte contre le sida (ULS, Ministère de la Santé du Cameroun). Elle a bénéficié d'un financement de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS), Paris, du ministère de la Coopération (France) et de l'Université Paris V.
 3. Personnes d'âge fécond et suffisamment jeunes pour pouvoir répondre à des questions sur leur vie sexuelle « sans que cela pose trop de problèmes ».
 4. Taux standardisé.

Diversité des logiques migratoires villageoises

L'Est-Cameroun est une région à la fois d'immigration et d'émigration, mais son solde migratoire est positif. L'émigration est principalement due à la précarité des conditions économiques et l'immigration, à la disponibilité des terres et à la richesse écologique (couvert végétal, or, diamant, etc.). Le département de la Kadey connaît un faible exode rural (Nsangou 1984).

Les villages étudiés se distinguent notamment par leur activité économique et, partant, par leurs caractéristiques migratoires.

Banga est un village de 550 personnes, essentiellement d'ethnie Kaka et de religion chrétienne, occupées pour la quasi-totalité à l'agriculture, la pêche et la chasse. Le village a connu au cours des dernières années une émigration importante, liée à des croyances relatives à la sorcellerie, mais il est aujourd'hui très peu soumis aux mouvements migratoires. Ceux-ci concernent surtout les femmes changeant de village pour rejoindre le domicile conjugal. Quelques chauffeurs s'arrêtent également à Banga, situé sur le principal axe routier reliant Yokadouma à Batouri et Bertoua. Le village dispose d'une école et d'une église catholique; le centre de santé le plus proche se situe à une quinzaine de kilomètres.

Kambele est un village-chantier créé récemment par l'immigration liée à la découverte de gisements d'or, sans projet d'installation pour la population. Les quelque 900 villageois et villageoises présentent une certaine diversité quant à leur origine géographique (essentiellement rurale toutefois), leur religion (86 % de religion chrétienne, répartis en plusieurs confessions, 11 % de religion musulmane) et quant à leur appartenance ethnique (73 % de Kaka, 14 % de Foulbé, 13 % de Gbaya). Le village ne possède aucun équipement communautaire. L'activité est toute centrée sur le travail de l'or.

Environ 1 400 personnes résident à Lolo, principalement protestantes et d'ethnie Kaka (95 % sont chrétiennes et 5 % musulmanes, 78 % sont Kaka, 10 % Gbaya et 11 % Foulbé). Leur principale activité est l'agriculture, notamment la culture du tabac. La présence d'un établissement de la Société camerounaise de tabac (SCT) entraîne, pour ceux et celles qui y travaillent, une immigration et une émigration temporaires (mobilité vers les champs à travailler, stages de formation, etc.). Le village dispose d'une école, d'un centre de santé et d'une église protestante.

Mindourou comprend environ 3 900 personnes installées pour la plupart depuis le début des années 1980, à la suite de la création d'une scierie dans le village. L'immigration est principalement familiale, s'accompagnant de projets d'installation à court ou à moyen terme, et s'effectue en provenance des différentes provinces du Cameroun. Il en résulte une grande diversité ethnique (Kaka, Gbaya, Maka, Badjoué, Bagantou, Ewondo, Foulbé et Haoussa), la majorité des villageois et villageoises (66 %) étant toutefois Kaka (Mindourou était à l'origine un village Kaka). L'activité économique est basée sur l'agriculture, le commerce et le travail à la scierie. Mindourou dispose de divers équipements communautaires : centres de santé, écoles, église.

La population de Nyabi a connu dernièrement une importante immigration « de peuplement » et s'élève au moment de l'enquête à environ 1 200 individus, dont 62 % de Gbaya et 30 % de Peuls. L'économie du village est dominée par l'agriculture, l'élevage et, dans une moindre mesure, par le

commerce; d'où des mouvements migratoires temporaires pendant la saison sèche, pour le pâturage des troupeaux ou la recherche de terres « généreuses », ainsi que le passage de nombreux étrangers et étrangères, attirés par les fréquents marchés. Nyabi est équipé d'une école et de lieux de culte, musulman et chrétien.

La population à l'étude est donc une population rurale, à forte majorité agricole. Les cinq villages faisant partie de l'enquête ont chacun leur spécificité quant aux migrations. Si nous ne pouvons prétendre pour aucun d'eux qu'il est représentatif des villages de la région sur le plan de la migration, une telle diversité nous permet au moins de dégager différents facteurs qui interviennent dans la composition d'un village camerounais et influent sur le comportement migratoire de ses habitants. De même, l'échantillon de 772 femmes et 637 hommes rencontrés individuellement dans ces cinq villages n'est pas représentatif de l'ensemble du milieu rural camerounais, mais il apporte des résultats intéressants en ce qu'il permet de découvrir les facteurs de la migration influant sur la connaissance du sida, et de voir dans quel sens et de quelle manière ils jouent.

Différences entre les hommes et les femmes

Les caractéristiques des migrations

Dans la population soumise à l'enquête, les hommes et les femmes n'ont pas les mêmes comportements migratoires (voir les tableaux A.1, A.2 et A.3 de l'annexe A). Ils sont certes aussi nombreux à avoir déjà migré : les trois quarts des hommes et les trois quarts des femmes ont effectué au moins un séjour de plus de six mois hors du village d'enquête⁵. Mais les hommes migrent en moyenne plus souvent que les femmes (et ce, même après contrôle par l'âge) : on comptait respectivement 1,7 et 1,4 migration déjà effectuée au moment de l'enquête.

De plus, les migrations féminines sont davantage rurales (pour plus de la moitié), tandis que les masculines ont lieu le plus souvent en direction de la ville. Parmi ceux et celles qui migrent, 53 % des hommes ont séjourné au moins une fois en milieu urbain pendant plus de six mois, pour seulement 31 % des femmes.

Ces différences sont liées au fait que les hommes et les femmes ne migrent pas pour les mêmes raisons. Leurs migrations répondent à deux « logiques différentes », dépendant notamment de leurs rôles et statuts.

Nos entretiens qualitatifs montrent en effet que les hommes migrent en général pour gagner de l'argent. Il s'agit essentiellement d'une migration de travail pour accumuler une dot en vue d'un mariage ou pour subvenir aux besoins d'une famille, soit que l'environnement est devenu difficile, soit qu'un pôle extérieur apparaît comme plus attractif (mine d'or, industrie du bois, projet agricole de développement).

5. Cette définition retenue pour caractériser une migration correspond au critère adopté pour le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) du Cameroun de 1987, réalisé par la Direction nationale du deuxième recensement général de la population et de l'habitat (RGPH 87) (1993).

Les femmes, par contre, migrent davantage dans le cadre matrimonial. Les ethnies étudiées (Kaka, Gbaya et Foulbé pour la plupart) étant virilocales, ce sont les femmes qui, au moment de l'union, quittent le domicile de leurs parents pour rejoindre celui de leur mari. De même, au moment d'un divorce, ce sont elles qui doivent quitter le domicile conjugal. Ainsi, 43 % des femmes ont eu au moins une migration qui coïncide avec l'année d'une entrée en union ou d'une sortie d'union, contre 22 % seulement pour les hommes. Dans une moindre mesure, les règles de virilocalité impliquent aussi une migration pour la femme si elle retourne vivre quelque temps chez ses parents après un accouchement.

La scolarisation constitue la principale raison de la migration des jeunes, puisqu'il est nécessaire de quitter le village pour la poursuite d'études au secondaire, parfois même pour le primaire. Mais cela concerne plus les garçons que les filles. En effet, la scolarisation est plus valorisée pour les garçons (seuls 8 % des hommes de l'échantillon n'ont jamais été scolarisés contre 23 % des femmes). Et il existe une certaine réticence à laisser les filles partir en ville (le séjour en milieu urbain est nécessaire dès que l'on veut poursuivre des études au-delà du primaire) car la ville est associée à une perte des valeurs du village, et à l'adoption de nouveaux comportements, notamment la prostitution.

Les hommes ont donc tendance à migrer plus souvent que les femmes en milieu urbain et font davantage de migrations. Ces constats sont toutefois à nuancer selon les sites, la proportion d'hommes migrants étant plus variable que la proportion de femmes migrantes. Il existe en effet d'importantes différences entre les villages, c'est-à-dire selon le contexte socio-économique, lequel détermine le rapport de masculinité dans la population migrante. Dans les villages ne connaissant que peu de migrations pour le travail, ce sont essentiellement les femmes qui migrent (migrations matrimoniales).

La connaissance du sida

Il existe une différence significative⁶ entre les hommes et les femmes en matière de connaissance du sida (voir les tableaux B.1 à B.4 de l'annexe B). Les hommes sont significativement plus nombreux (85 %) que les femmes (68 %) à en connaître l'existence.

De plus, ils en connaissent en général mieux les modes de transmission⁷. Ainsi, 62 % des hommes et 51 % des femmes ont une connaissance « correcte » des modes de transmission⁸, et les femmes ont plus tendance à répondre « ne sait pas » que les hommes (31 % au lieu de 24 %). De façon générale, la plupart des personnes savent que le sida peut se transmettre par voie sexuelle, mais leur connaissance globale des modes de transmission, même

6. Tout au long de l'article, le terme « significatif » est entendu au sens du khi-deux ou khi carré (χ^2), au seuil de risque 0,05 (avec éventuellement correction de Yates).

7. La variable « connaissance des modes de transmission » concerne uniquement les personnes connaissant l'existence du sida. Il en est de même pour les variables « connaissance du caractère létal » et « connaissance du préservatif comme mode de prévention ».

8. Une personne est considérée comme ayant une connaissance « correcte » des modes de transmission du sida si elle cite au moins un de ces modes, et qu'elle n'en cite aucun qui ne serait pas exact.

si elle est correcte, est incomplète. Par exemple, très rares sont les personnes qui connaissent la transmission materno-foetale.

De même, la connaissance du préservatif comme mode de prévention est davantage répandue chez les hommes (33 %) que chez les femmes (16 %). Cette variable ne prend pas en considération le fait que certains individus ont pu citer également des comportements inefficaces. Par exemple, des personnes ont mentionné, en plus du préservatif, le coït interrompu ou le fait d'éviter tout contact physique avec une personne infectée. Il s'agit donc bien de la connaissance du préservatif et non de la connaissance générale des modes de prévention du sida.

L'absence de remède au sida est le seul paramètre dont la connaissance ne varie pas significativement ($p = 0,2$) selon le sexe : 65 % des hommes et 69 % des femmes connaissent le caractère létal du sida.

Les données recueillies font clairement apparaître un écart selon le sexe à la fois en matière de connaissances relatives au sida et de comportements migratoires. Cela justifie que l'on étudie séparément, chez les hommes et chez les femmes, l'effet de la migration sur la connaissance du sida.

Influence de la migration sur la connaissance du sida

Pour ceux et celles qui migrent, le nombre de migrations effectuées et le lieu de la migration (milieu rural ou milieu urbain) étant corrélés, l'idéal aurait été de faire une analyse stratifiée, mais les effectifs relativement faibles ne le permettaient pas. Nous avons donc gardé deux indicateurs : d'une part, le nombre de migrations effectuées (une, deux, trois et plus); d'autre part, le lieu de migration en distinguant les personnes qui ont migré uniquement en milieu urbain de celles qui ont migré seulement en milieu rural. C'est en effet entre ces deux catégories que le nombre de migrations effectuées varie le moins (différence faible pour les hommes et non significative pour les femmes⁹). Les personnes ayant migré au moins une fois à l'étranger (le plus souvent vers la Centrafrique) n'ont pas été prises en compte car on ne sait pas si, au cours de ces migrations, elles ont séjourné en milieu rural ou en milieu urbain.

Le fait d'avoir déjà migré

Le fait d'avoir migré favorise la quantité des réponses données sur les caractéristiques du sida, mais, parallèlement, la qualité des réponses données diminue. Il semble que la diversité des sources d'information induite par la migration augmente la probabilité de recevoir des informations tant correctes qu'« incorrectes » (Parizot 1993).

En effet, les migrations augmentent la probabilité d'avoir (d'une manière ou d'une autre) accès aux médias, et donc aux campagnes de sensibilisation au sida qu'ils diffusent. Elles accroissent de même le nombre et la diversité des individus avec lesquels une personne est en contact, ainsi la probabilité d'entendre parler du sida et d'obtenir des informations à cet égard. Et, parce qu'elles s'effectuent

9. Chez les femmes, le nombre moyen de migrations varie de 1,3 pour celles qui n'ont migré qu'en milieu rural (286 femmes) à 1,2 pour celles qui n'ont migré qu'en milieu urbain (191 femmes). Chez les hommes, ces moyennes sont respectivement de 1,3 (136 hommes) et de 1,6 (207 hommes).

souvent au sein de milieux plus touchés par l'épidémie (milieu urbain ou milieu rural soumis à de nombreux mouvements migratoires), les migrations multiplient les occasions de rencontre avec une personne sidéenne ou ayant une sidéenne parmi ses proches. Mais l'information diffusée n'est pas toujours exacte, surtout lorsqu'il s'agit de communications interindividuelles où il n'est pas facile d'évaluer la qualité des connaissances de son interlocuteur ou de son interlocutrice. Ainsi, on a pu constater que certains migrants et migrantes d'origine rurale accordaient une grande confiance aux personnes urbanisées, qui leur paraissaient plus instruites, sans remettre en doute leurs dires relevant pourtant parfois plus de la rumeur que de la véritable information. Également, des messages corrects sont quelquefois mal compris. Nous avons notamment remarqué que, dans le cadre d'une campagne de sensibilisation en hôpital urbain, une affiche qui symbolisait la menace du sida par un oiseau effrayant avait été mal interprétée : plusieurs villageois et villageoises analphabètes en avaient déduit que les oiseaux étaient agents de transmission de la maladie.

De plus, l'analyse de la fréquence des « non-réponses », inférieure chez les migrants et les migrantes, et l'exploitation de nos entretiens montrent que ces personnes acquièrent une assurance que les sédentaires n'ont pas, et qui les encourage à répondre sans réserve. Elles donneraient alors plus facilement des réponses dont elles ne sont pas certaines, citant plus fréquemment des réponses erronées.

Ainsi, le fait d'avoir migré favorise la connaissance de l'existence du sida. Il favorise également la connaissance de son caractère létal, première des caractéristiques du sida que les gens connaissent, et la connaissance du préservatif en tant que moyen de prévention. Par contre, la variable « connaissance correcte des modes de transmission », qui dépend de l'exactitude de l'ensemble des modes cités, n'est pas significativement influencée par le fait d'avoir déjà migré ; car si la migration favorise la connaissance des modes réels de transmission de la maladie, elle entraîne aussi des croyances erronées. Cela est probablement vrai également en ce qui concerne les modes de prévention, mais la variable relative au préservatif ne fait pas apparaître les réponses erronées. Ces tendances sont observées même après contrôle de l'âge et de la scolarisation¹⁰.

Les effets de la migration ne sont pas les mêmes chez les femmes et chez les hommes. Pour les premières, le fait de migrer n'influe pas de manière significative sur la connaissance de l'existence du sida, alors que c'est le cas pour les hommes (tableau 1). Cela peut s'expliquer par les différences selon le sexe dans le type et le calendrier des migrations. Nombre de migrations féminines en effet sont des migrations matrimoniales ; le séjour que les femmes ont passé hors du village d'enquête correspond donc souvent au moment passé à leur lieu de naissance avant de rejoindre le domicile conjugal, c'est-à-dire alors qu'elles étaient jeunes et n'avaient pas le statut de migrantes. De plus, « l'âge moyen des hommes et des femmes de l'échantillon étant similaire, si les femmes ont migré plus jeunes, c'est qu'elles ont migré, en moyenne, il y a plus longtemps. Or, on peut supposer que les discussions sur le sida se sont multipliées avec le

10. L'âge des migrants et des migrantes n'est pas significativement différent de celui des non-migrants et des non-migrantes. Il en est de même pour la proportion de personnes ayant été scolarisées.

temps, l'épidémie se répandant de plus en plus » (Parizot 1993 : 40). Il n'est donc pas surprenant que le statut migratoire n'ait pas d'influence significative sur la connaissance par les femmes de l'existence du sida. Cet argument n'est cependant pas le seul à intervenir, puisque le « statut migratoire » ne crée pas ce même type de différence entre les hommes et les femmes quant à la connaissance du caractère léthal du sida et celle du préservatif (tableaux 2, 3 et 4). Par contre, tant pour les hommes que pour les femmes, le fait d'avoir déjà migré n'améliore pas significativement la connaissance correcte des modes de transmission (tableau 3), et ce, pour les raisons citées précédemment.

Tableau 1
Connaissance de l'existence du sida selon le sexe
et le fait d'avoir ou non déjà migré

	Hommes		Femmes	
	séd.	migr.	séd.	migr.
- Connaît	69	90	67	69
- Ne connaît pas	31	10	33	31
Total	100	100	100	100
N	154	478	204	568
X ² ; ddl ¹¹ p; min	39; 1 0,0000; 23		0; 1 0,7; 64	

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

Tableau 2
Connaissance du caractère léthal du sida selon le sexe
et le fait d'avoir ou non déjà migré*

	Hommes		Femmes	
	séd.	migr.	séd.	migr.
- Connaît	57	73	65	65
- Ne connaît pas/ne sait pas	43	27	35	35
Total	100	100	100	100
N	137	391	106	430
X ² ; ddl p; min	12; 1 0,0006; 43		0; 1 1; 37	

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

* La question posée était : « Pensez-vous qu'une personne atteinte du sida puisse être guérie ? »

11. Dans ce tableau et les suivants, « ddl » est l'abréviation de degré de liberté, « p, » de probabilité et « min » de minimum.

Tableau 3
Connaissance des modes de transmission du sida selon le sexe
et le fait d'avoir ou non déjà migré

	Hommes		Femmes	
	séd.	migr.	séd.	migr.
- Correcte	59	63	51	50
- Erronée / ne sait pas	41	37	49	50
Total	100	100	100	100
N	98	400	136	378
X ² ; ddl	0; 1		0; 1	
p; min	0,0006; 37		0,9; 67	

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

Tableau 4
Connaissance du préservatif comme mode de prévention
du sida selon le sexe et le fait d'avoir ou non déjà migré

	Hommes		Femmes	
	séd.	migr.	séd.	migr.
- Connaît	25	35	10	18
- Ne connaît pas	75	65	90	82
Total	100	100	100	100
N	106	430	137	391
X ² ; ddl	3; 1		4; 1	
p; min	0,08; 35		0,04; 22	

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

Le nombre de migrations

Pour la population migrante prise dans son ensemble, la connaissance de l'existence du sida, de ses modes de transmission et du préservatif comme moyen de prévention augmente avec le nombre de migrations effectuées. Nous retrouvons ici les mêmes arguments que ceux qui sont avancés pour expliquer l'influence du statut migratoire, mais amplifiés par la répétition du phénomène. D'une manière générale, plus les individus ont migré, plus ils ont eu de sources d'information sur le sida. On peut par ailleurs supposer que les migrants et les

migrantes entendent parler plus souvent du sida par chacune de ces sources; les messages ainsi répétés seraient alors mieux assimilés.

Si l'on considère séparément les populations masculine et féminine, les effectifs des individus ayant migré trois fois ou plus sont trop faibles pour que l'influence du nombre de migrations soit significative quant à la connaissance correcte des modes de transmission (tableau 7). Par contre, en matière de prévention du sida, le fait de migrer plusieurs fois crée des différences significatives, chez les hommes comme chez les femmes (tableau 8). Il améliore également la connaissance de l'existence du sida, mais uniquement chez les hommes (tableau 5).

La connaissance du caractère létal du sida ne semble pas dépendre du nombre de migrations effectuées, et ce, quel que soit le sexe de la personne migrante (tableau 6).

Tableau 5
Connaissance de l'existence du sida selon le sexe et le nombre de migrations

	Hommes			Femmes		
	1	2	3 et +	1	2	3 et +
- Connaît	87	91	96	67	75	72
- Ne connaît pas	13	9	4	33	25	28
Total	100	100	100	100	100	100
N	258	121	98	389	116	60
X ² ; ddl	6; 2			3; 2		
p; min	0,05; 10			0,2; 19		

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

Tableau 6
Connaissance du caractère létal du sida selon le sexe et le nombre de migrations*

	Hommes			Femmes		
	1	2	3 et +	1	2	3 et +
- Connaît	67	66	61	73	71	79
- Ne connaît pas/ne sait pas	33	34	39	27	29	21
Total	100	100	100	100	100	100
N	225	110	94	260	87	43
X ² ; ddl	1; 2			31; 2		
p; min	0,6; 33			0,6; 12		

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

* La question posée était : « Pensez-vous qu'une personne atteinte du sida puisse être guérie ? »

Tableau 7
Connaissance des modes de transmission du sida selon
le sexe et le nombre de migrations

	Hommes			Femmes		
	1	2	3 et +	1	2	3 et +
- Correcte	60	60	71	48	54	56
- Erronée/ne sait pas	40	40	29	52	46	44
Total	100	100	100	100	100	100
N	214	103	82	252	84	41
X ² ; ddl	13; 2			1; 2		
p; min	0,2; 31			0,5; 20		

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

Tableau 8
Connaissance du préservatif comme mode de prévention du sida
selon le sexe et le nombre de migrations

	Hommes			Femmes		
	1	2	3 et +	1	2	3 et +
- Connaît	29	34	51	14	26	30
- Ne connaît pas	71	66	49	86	74	70
Total	100	100	100	100	100	100
N	225	1110	94	260	187	43
X ² ; ddl	14; 2			11; 2		
p; min	0,001; 33			0,004; 8		

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

Le lieu de migration

Tout comme la migration multiple, la migration en milieu urbain favorise pour l'ensemble de la population la connaissance de l'existence du sida, de ses modes de transmission et du préservatif en tant que mode de prévention.

Les différences de connaissance que l'on observe entre les personnes selon qu'elles ont migré ou non en ville s'expliquent principalement de deux façons. D'une part, le milieu urbain étant plus accessible aux organisateurs et aux organisatrices de campagnes de prévention que le milieu rural, l'information sur le sida y est en général plus abondante et plus accessible. Par exemple, la migration en ville facilite l'accès aux structures sanitaires et aux médias, donc aux campagnes de sensibilisation qu'ils diffusent. D'autre part, le milieu urbain étant

généralement plus affecté par le sida, la probabilité d'y rencontrer une personne atteinte de sida y est plus forte. D'autres facteurs tels que la densité des réseaux de communication et la différence entre les deux milieux en matière de normes régissant la sexualité et les discours qui s'y rattachent renforcent cet effet.

Si l'on détaille l'analyse selon le sexe des répondants et des répondantes, seule la connaissance du préservatif chez les hommes diffère de manière significative selon la destination des migrations (tableaux 9 à 12).

Tableau 9
Connaissance de l'existence du sida selon le sexe
et le lieu des migrations

	Hommes		Femmes	
	rural	urbain	rural	urbain
- Connaît	88	92	64	72
- Ne connaît pas	12	8	36	28
Total	100	100	100	100
N	136	207	286	191
X ² ; ddl	1; 1		3; 1	
p; min	0,4; 13		0,1; 63	

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

Tableau 10
Connaissance du caractère léthal du sida selon le sexe
et le lieu des migrations*

	Hommes		Femmes	
	rural	urbain	rural	urbain
- Connaît	67	68	76	71
- Ne connaît pas/ne sait pas	33	32	24	29
Total	100	100	100	100
N	120	190	183	137
X ² ; ddl	0; 1		1; 1	
p; min	0,08; 39		0,4; 36	

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

* La question posée était : « Pensez-vous qu'une personne atteinte du sida puisse être guérie ? »

Tableau 11
Connaissance des modes de transmission du sida
selon le sexe et le lieu des migrations

	Hommes		Femmes	
	rural	urbain	rural	urbain
- Correcte	56	66	48	52
- Erronée/ne sait pas	44	34	52	48
Total	100	100	100	100
N	115	472	180	131
X ² ; ddl	3; 1		0; 1	
p; min	0,1; 44		0,5; 65	

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

Tableau 12
Connaissance du préservatif comme mode de prévention
du sida selon le sexe et le lieu des migrations

	Hommes		Femmes	
	rural	urbain	rural	urbain
- Connaît	26	39	13	20
- Ne connaît pas	74	61	87	80
Total	100	100	100	100
N	120	490	183	137
X ² ; ddl	5; 1		3; 1	
p; min	0,02; 41		0,1; 21	

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

Pour les hommes, la migration en milieu urbain a un effet « multiplicateur » du nombre de sources d'information sur le sida. Pour les femmes, par contre, la destination des migrations n'influe pas (ou peu) sur le nombre de ces sources. En effet, l'âge au moment de la migration en ville, supérieur chez les hommes, et l'activité alors exercée, typiquement urbaine pour les hommes (par exemple, emploi de services dans un organisme d'État), alors qu'elle est peu différente de celle du milieu rural pour les femmes (accomplissement des tâches ménagères au sein du foyer familial par exemple), font que les hommes y ont plus d'occasions d'entendre parler du sida, et y sont donc plus informés.

Les campagnes de sensibilisation accordent une grande importance à la prévention et sont donc principalement centrées sur la promotion du préservatif. Par ailleurs, le fait de séjourner en ville augmente le nombre et la diversité des partenaires sexuels, accroissant ainsi la probabilité de découvrir le préservatif par l'intermédiaire de partenaires. Cela est surtout vrai pour les hommes, susceptibles d'avoir des relations avec des prostituées. De plus, leurs migrations se sont effectuées alors qu'ils étaient en âge d'avoir des relations sexuelles, plus fréquemment que ce n'est le cas pour les femmes.

Analyse multivariée

Nous avons jusqu'ici envisagé principalement trois types de déterminants liés à la migration (le fait d'avoir ou non déjà migré, le lieu de migration et le nombre de migrations) et un déterminant sociodémographique (le sexe). Une analyse multivariée permet d'étudier l'influence relative de chacune de ces variables sur les connaissances en matière de sida.

L'analyse s'effectue pour chaque variable dépendante caractérisant un aspect des connaissances relatives au sida. En effet, l'importance des facteurs explicatifs varie selon que l'on s'intéresse à la connaissance de l'existence du sida, des modes de transmission ou du préservatif comme mode de prévention du sida. La connaissance du caractère létal du sida n'est pas étudiée ici car, nous l'avons vu plus haut, la relation entre cette variable et les variables de migrations est très faible. Elle ne présente donc pas d'intérêt dans le cadre de notre problématique.

Le fait que ces variables soient dichotomiques autorise l'utilisation de la régression logistique, qui permet par ailleurs une appréhension simple de l'importance des déterminants¹². De plus, elle permet de prendre en considération les interactions entre la variable « sexe », d'une part, et celles de la migration, d'autre part¹³.

Les tableaux 13, 14 et 15 présentent les résultats de la régression logistique pour les trois variables de connaissance relatives au sida.

12. Nous utilisons une « simplification » de langage communément admise pour l'interprétation des *odds-ratios*. Par exemple, un *odd-ratio* de 2 sera interprété comme doublant la probabilité d'apparition de l'événement dépendant qui s'y rapporte.

13. Les trois variables de migration sont ainsi définies : le statut migratoire (a déjà migré/n'a jamais migré), le fait d'avoir effectué des migrations multiples (plusieurs migrations/aucune ou une seule migration) et le fait d'avoir migré au moins une fois en milieu urbain (au moins une migration urbaine/n'a jamais migré en milieu urbain).

Tableau 13
Modèle explicatif de la connaissance de l'existence du sida
(part expliquée : 76 %)

Variable	Odd-ratio	Intervalle de confiance	P
A migré en milieu urbain	1,5739	[1,08–2,29]	0,0174
A effectué plusieurs migrations	1,2964	[0,86–1,96]	0,2165
A déjà migré	0,8176	[0,55–1,21]	0,3123
Homme	1,0800	[0,69–1,69]	0,7370
Homme et a déjà migré *	3,7552	[1,79–7,88]	0,0005
Homme et migrations urbaines *	0,6818	[0,31–1,51]	0,3441
Homme et plusieurs migrations *	1,4745	[0,65–3,36]	0,3546
Constante	---	---	0,0000

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

* Interaction.

N=1 341 individus.

La connaissance de l'existence du sida est liée de manière significative à une variable, la migration urbaine, et à une interaction entre deux variables, le sexe et le « statut migratoire » (tableau 13). Ainsi, un homme qui a déjà migré a près de quatre fois (*odd-ratio* de 3,76) plus de chances de connaître l'existence du sida qu'une femme qui n'a jamais migré. Dans une moindre mesure, le fait d'avoir migré en milieu urbain augmente de moitié la probabilité de connaître l'existence du sida (*odd-ratio* de 1,57). Cet effet n'est pas significativement différent chez les femmes et chez les hommes (l'interaction entre les variables « sexe » et « migrations urbaines » n'est pas significative).

Ces résultats confirment les constatations faites précédemment à partir de l'analyse bivariable, à savoir, d'une part, la disparité entre hommes et femmes en matière de connaissance de l'existence du sida et, d'autre part, l'importance pour les hommes du fait d'avoir déjà émigré.

Dans le modèle du tableau 14, aucun des facteurs n'a d'influence significative sur la connaissance correcte des modes de transmission du sida. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, la migration augmente à la fois les connaissances correctes et celles qui sont erronées.

La variable « sexe » a toutefois une influence, mais celle-ci n'apparaît pas de manière significative dans ce modèle car ses effets sont faibles et interagissent avec ceux de la migration. Dans un modèle qui ne prend pas en considération ces interactions, l'influence du sexe est significative : les hommes ont une meilleure connaissance que les femmes des modes de transmission.

Tableau 14
Modèle explicatif de la connaissance des modes
de transmission du sida
(part expliquée : 57 %)

Variable	Odd-ratio	Intervalle de confiance	P
Homme	1,3671	[0,81–2,31]	0,2428
A effectué plusieurs migrations	1,2141	[0,78–1,90]	0,3960
A déjà migré	0,8235	[0,52–1,30]	0,4064
A migré en milieu urbain	1,1293	[0,74–1,72]	0,5703
Homme et migrations urbaines *	1,3049	[0,69–2,47]	0,4146
Homme et plusieurs migrations *	0,8673	[0,46–1,64]	0,6619
Homme et a déjà migré *	1,0398	[0,51–2,13]	0,9154
Constante	---	---	0,7316

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

* Interaction.

N = 965 individus connaissant l'existence du sida.

Tableau 15
Modèle explicatif de la connaissance du préservatif
comme mode de prévention du sida
(part expliquée : 75 %)

Variable	Odd-ratio	Intervalle de confiance	P
Homme	3,0027	[1,48–6,07]	0,0022
A migré en milieu urbain	1,9614	[1,12–3,44]	0,0185
A effectué plusieurs migrations	1,9333	[1,12–3,33]	0,0177
A déjà migré	1,0492	[0,51–2,17]	0,8973
Homme et a déjà migré *	0,8733	[0,34–2,26]	0,7798
Homme et plusieurs migrations *	0,8143	[0,40–1,64]	0,5661
Homme et migrations urbaines *	0,8114	[0,38–1,72]	0,5869
Constante	---	---	0,0000

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

* Interaction.

N=1 014 individus connaissant l'existence du sida.

La connaissance du préservatif est la variable de connaissance pour laquelle le sexe a le plus d'influence : le fait d'être un homme triple la probabilité de connaître le préservatif comme mode de prévention du sida (tableau 15).

Par ailleurs, le fait de migrer plusieurs fois et le fait de migrer en ville doublent quasiment cette même probabilité.

Conclusion

Les résultats des trois types d'analyse effectués, qualitative, bivariable et multivariable, sont cohérents. La migration d'une part, les différences entre hommes et femmes d'autre part, et les interactions entre ces deux types de variables sont déterminantes dans la connaissance du sida.

Cela est d'autant plus remarquable que les résultats dégagés ci-dessus sous-estiment probablement l'influence de la migration sur les connaissances en matière de sida, et ce, pour deux types de raisons : des raisons qui tiennent au fait que l'on tente de mesurer une connaissance, et d'autres qui tiennent à la façon dont l'influence de la migration est mesurée.

Les connaissances sont difficiles à repérer et à mesurer, car leur expression est soumise aux attitudes. Notamment, les fortes réticences à parler de sujets ayant trait à la sexualité risquent de conduire à une sous-estimation des connaissances.

En ce qui concerne la migration, tous les déplacements ne sont pas comptabilisés et ses effets indirects ne sont pas pris en considération. Les déplacements d'une durée de moins de six mois, non comptabilisés, sont nombreux, en particulier pour les femmes qui se déplacent par exemple pour s'occuper de la santé des enfants, faire des achats, visiter des membres de leur famille et éventuellement recevoir un suivi médical durant une grossesse. Or, elles sont susceptibles de recevoir, à ces occasions, de l'information sur le sida. Sur le plan interpersonnel, les personnes qui migrent ont un effet de diffusion de l'information auprès de celles qui ne migrent pas, par l'entremise de discussions et l'introduction de nouvelles pratiques. C'est ce que nous avons également constaté au Sénégal où un jeune instituteur originaire d'une autre région apportait des préservatifs à de jeunes villageois, et s'en servait avec sa partenaire du village (Loenzien *et al.* 1994). De plus, les migrants et les migrantes ont souvent les moyens financiers de s'équiper en radio ou en télévision et donc d'en faire profiter leur entourage. Également, sur le plan communautaire, une forte immigration favorise l'implantation dans le village d'équipements collectifs, diffuseurs d'informations sur le sida. Ce fut le cas dans deux des villages étudiés ici : Lolo et Mindourou.

Par ailleurs, d'autres facteurs (notamment l'instruction, l'ethnie, l'âge, la religion, etc.) permettraient de contextualiser l'influence de la migration sur les connaissances relatives au sida, mais ils ne nous semblent pas de nature à remettre en cause les principaux résultats auxquels nous sommes parvenues.

D'une part, les comportements migratoires varient selon le sexe : les hommes ont tendance à migrer davantage que les femmes en termes de fréquence et ils migrent plus souvent en milieu urbain. D'autre part, les connaissances relatives au sida sont liées à la migration et la corrélation entre ces deux types de variables est positive. De plus, l'influence de la migration sur ces connaissances varie selon le sexe. Ainsi, en matière de connaissance du sida, les

différences de migration entre les hommes et les femmes intensifient l'effet différentiel de la migration selon le sexe.

Enfin, les migrations, tout en améliorant globalement la connaissance de la maladie, accentuent l'écart existant entre hommes et femmes en matière d'information sur le sida.

Au terme de notre analyse, les migrants et les migrantes apparaissent donc comme des vecteurs potentiels d'information sur le sida, information acquise sur le lieu de migration et diffusée ensuite dans le milieu d'origine. Aussi est-il important de situer les mouvements migratoires dans leur contexte sociologique et anthropologique, et de tenir compte des situations différentes des hommes et des femmes, notamment en ce qui concerne l'accès à l'information.

Myriam de Loenzien
IFORD et CERPAA
Isabelle Parizot
CERPAA
Paris

RÉFÉRENCES

AMAT-ROZE, J.M.

1989 « L'infection à VIH et le sida en Afrique noire : facteurs d'épidémisation et de régionalisation », *Cahiers d'outre-mer* 42,168, oct.-déc. : 333-356.

CALDWELL, J. et P. Caldwell

1993 « The Nature and Limits of the Sub-saharan African AIDS Epidemic : Evidence from Geographic and other Patterns », *Population and Development Review*, 19, 4 : 817-848.

COPET ROUGIER, E.

1981 « Les Kaka », in *Contribution de l'ethnologie à l'histoire des civilisations du Cameroun*, Paris, CNRS, Colloques internationaux du CNRS, n° 551.

DIRECTION NATIONALE DU DEUXIÈME RECENSEMENT GÉNÉRAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITAT (RGPH 87)

1993 *Démo 87. Deuxième recensement général de la population et de l'habitat du Cameroun*. Vol. II, tome 4, Yaoundé, 232 p.

LOENZHEN, M. de et al.

1994 « Attitudes de la population rurale face à la maladie et au sida », in Y. Charbit et S. Ndiaye (dir.), *La population du Sénégal*, Paris, Division de la prévision et de la statistique (DPS) et Centre d'études et de recherches sur les populations africaines et asiatiques (CERPAA): 435-466.

MANN, J., D.J.M. Tarantolad et T.W. Netter (dir.)

1992 *Aids in the World*. Harvard, Harvard University Press.

MENGUE, A.

1992 *L'Est camerounais : une géographie du sous-peuplement et de la marginalité*, thèse de doctorat de 3^e cycle, Bordeaux, Université de Bordeaux II.

MIGLIANI, R. *et al.*

1992 *Approche coordonnée multidisciplinaire d'un front épidémiologique de l'infection du rétrovirus à VIH – Secteur de Batouri/Berberati – Données épidémiologiques*, rapport provisoire, Yaoundé, Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale (OCEAC).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

1992 *HIV Surveillance Report 1992*, Yaound (Cameroun), Ministry of Health, AIDS Control Unit, novembre.

NSANGOU, A.

1984 « À propos des échanges de population et de l'exode rural dans l'Est-Cameroun », *Revue Sciences et techniques*, Série « Sciences humaines », 2, 1-2 : 45-75.

ORUBULOYE, I.O., P. Caldwell et J.C. Caldwell

1993 « The Role of High-risk Occupations in the Spread of AIDS : Truck Drivers and Itinerant Market Women in Nigeria », *International Family Planning Perspectives*, 19, 2 : 43-48.

PARIZOT, I.

1993 *Migration et connaissance du sida en milieu rural camerounais*, mémoire principal de DEA de sciences sociales, Paris, Université de Paris V.

PISON, G. *et al.*

1993 « Seasonal Migration : A Risk Factor for HIV Infection in Rural Senegal », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 6 : 196-200.

SERWADDA, D. *et al.*

1992 « HIV Risk Factors in Three Geographic Strata of Rural Rakai District, Uganda », *AIDS*, 6 : 983-989.

TESSIER, S.F. *et al.*

1993 « The Frontline of HIV1 Diffusion in the Central African Region : A Geographical and Epidemiological Perspective », *International Journal of Epidemiology*, 22, 1 : 127-134.

US BUREAU OF CENSUS

1994 « Trends and Patterns of HIV/AIDS Affection in Selected Developing Countries – Countries Profiles », in *Research Notes n°14, HIV/AIDS Surveillance Data Base*, Washington, Center for International Research, Health Studies Branch.

1992 « Recent HIV Seroprevalence Levels by Country : November 1992 », in *Research Note 7*, Washington, Center for International Research, Health Studies Branch, 37 p.

ANNEXE A MIGRATION SELON LE SEXE

Tableau A.1
Répartition des hommes et des femmes selon leur statut migratoire (%)

	Hommes	Femmes
- A migré	76	74
- N'a jamais migré	24	26
Total	100	100
N	632	772
χ^2 ; ddl	1; 1	
p; min	0,4; 161	

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

Tableau A.2
Répartition des personnes migrantes selon le sexe
et le nombre de migrations effectuées (%)

	Hommes	Femmes *
- Une	54	69
- Deux	25	21
- Trois ou plus	21	11
Total	100	100
N	477	565
χ^2 ; ddl p; min	29; 2 0,0000; 72	

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

* Une non-réponse chez les femmes.

Tableau A.3
Répartition des personnes migrantes selon le sexe
et le lieu de leurs migrations (%) *

	Hommes	Femmes
- Migrations uniquement urbaines	60	40
- Migrations uniquement rurales	40	60
Total	100	100
N	343	477
χ^2 ; ddl p; min	32; 1 0,0000; 166	

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

* Quelques non-réponses dues à la non-comptabilisation des personnes qui ont migré à l'étranger.

ANNEXE B CONNAISSANCE DU SIDA SELON LE SEXE

Tableau B.1
Connaissance de l'existence du sida selon le sexe (%)

	Hommes	Femmes
- Connaît	85	68
- Ne connaît pas	15	32
Total	100	100
N	632	772
χ^2 ; ddl p; min	50; 1 0,0000; 153	

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

Tableau B.2
Connaissance des modes de transmission du sida selon le sexe (%) *

	Hommes	Femmes
- Correcte	62	51
- Erronée/aucun	38	49
Total	100	100
N	498	514
χ^2 ; ddl p; min	13; 1 0,0004; 218	

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

* 52 individus manquants, modalité « autre » non exploitée.

Tableau B.3
Connaissance du préservatif comme mode de prévention du sida
selon le sexe (%)

	Hommes	Femmes
- Connaît	33	16
- Ne connaît pas	67	84
Total	100	100
N	536	528
X ² ; ddl p; min	40; 1 0,0000; 131	

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.

Tableau B.4
Connaissance de l'inexistence d'un remède au sida selon le sexe (%)

	Hommes	Femmes
- Pas de remède	65	69
- Il existe/ne sait pas	35	31
Total	100	100
N	536	528
X ² ; ddl p; min	1; 1 0,2; 174	

Source : Exploitation des questionnaires individuels de l'enquête CERPAA-IFORD, 1992-1993.