

Migration et santé reproductive chez les femmes migrantes d'Asie centrale

Migration and reproductive health among migrants to Russia

МИГРАЦИЯ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

Mehriniso Sanginovna Rustamova

Traducteur : Anastasia Melnikova



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/asiacentrale/3413>

ISSN : 2075-5325

Éditeur

Éditions De Boccard

Édition imprimée

Date de publication : 28 décembre 2018

Pagination : 37-64

ISBN : 978-2-84743-226-8

ISSN : 1270-9247

Référence électronique

Mehriniso Sanginovna Rustamova, « Migration et santé reproductive chez les femmes migrantes d'Asie centrale », *Cahiers d'Asie centrale* [En ligne], 27 | 2018, mis en ligne le 01 janvier 2020, consulté le 25 mars 2020. URL : <http://journals.openedition.org/asiacentrale/3413>

Migration et santé reproductive chez les femmes migrantes d'Asie centrale

Mehriniso Sanginovna RUSTAMOVA¹

Introduction

Les processus migratoires se sont considérablement accélérés ces dernières décennies du fait de la globalisation, des conflits nationaux ou ethniques, des catastrophes environnementales, mais aussi de l'augmentation de la pauvreté et des vulnérabilités. Ces migrations sont internationales mais aussi intérieures; elles représentent un fait social majeur et parallèlement à l'amélioration de certains indicateurs démographiques et socio-économiques du pays d'origine des migrants, les migrations contribuent également à la détérioration rapide de la santé des femmes en général et de la santé reproductive en particulier.

En matière de normes internationales, la santé reproductive des femmes est l'un des domaines prioritaires présentés par les documents stratégiques internationaux, nationaux et sectoriels. Parmi eux, on peut citer les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) (*Celi razvitiâ...*, 2000 [objectifs 4, 5, 6]), la Santé pour tous au XXI^e siècle (Cibul'skaâ & Khacieva, 2009), la Stratégie nationale de développement de la République du Tadjikistan pour la période allant jusqu'en 2015 (*Nacional'naâ strategiâ razvitiâ...*,

¹ Mehri Sanginovna Rustamova, PhD, Maître de recherches à l'Institut de recherche en obstétrique, gynécologie et périnatalogie près de l'Académie des sciences médicales du Ministère de la Santé et de la Protection sociale de la République du Tadjikistan. mehrinisor@mail.ru

2006), et la Stratégie nationale de santé de la République du Tadjikistan pour la période 2010-2020. (*National Health Strategy...*, 2010). En outre, la santé reproductive est avancée comme un domaine prioritaire pour la recherche scientifique du pays (Programme de développement innovant de la République du Tadjikistan pour la période 2011-2020) (*Nacional'naâ strategiâ...*, 2008 ; *Programma innovacionnogo...*).

Les liens multiformes entre santé et migration ne sont plus à démontrer et la migration est un facteur qui exacerbe les inégalités dans l'accès aux services de santé. La migration a un impact aussi bien sur la santé des habitants autochtones des pays d'accueil que sur celle des migrants, et malgré l'importance du sujet, cette question reste mal comprise (Kicenko, 2015, p. 63). Bien que les processus migratoires ne cessent de s'intensifier à travers le monde, l'organisation des services de santé dédiés aux migrant(e)s reste nettement insuffisante et les enquêtes ou études qui permettraient d'évaluer l'état de santé des différentes « catégories » de migrants sont quasiment inexistantes sur certaines questions spécifiques liées à la migration. Par ailleurs, au Tadjikistan, les migrations intérieures sont peu étudiées. Pourtant, elles augmentent de manière considérable, elles concernent des familles entières et sont aussi souvent un pont pour partir à l'étranger. Dans cette étude, il s'agira de faire un état des lieux des enquêtes et de la littérature portant sur la santé reproductive des femmes durant la migration.

La migration : un enjeu de la globalisation

Selon les données de la Commission mondiale sur les migrations internationales (*Global'naâ komissiâ*), le nombre de migrants est passé de 75 millions à plus de 200 millions ces dernières années. Nous assistons à une augmentation considérable de ces flux. Dans le même temps, les États-Unis comptent près de 35 millions de migrants, ce qui représente 20 % de l'ensemble mondial des migrants. La Russie occupe la deuxième place avec 13,3 millions de migrants (7,6 %) (*Ibid.*). L'immigration de travail en Fédération de Russie est principalement composée de personnes originaires des pays de la Communauté d'États indépendants (CEI), y compris donc le Tadjikistan. Selon le

Service fédéral des Migrations (FMS), au mois d'octobre 2014, 731 000 citoyens tadjiks se trouvaient sur le territoire de la Fédération de Russie (FMS, 2014). Les migrations tadjikes vers la Fédération de Russie ont commencé bien avant la fin de l'URSS mais dans un autre cadre légal. Or, depuis 1991 et l'accession des pays d'URSS à l'indépendance, les migrations ont acquis une dimension nouvelle et inédite. Surtout la guerre civile au Tadjikistan a dans un premier temps poussé à l'exil, accéléré le processus de « décolonisation » qui avait débuté dès la fin des années 1980. Puis les migrations de travail se sont développées au gré de la faillite économique et sociale du pays, poussant des millions d'hommes à partir chercher du travail essentiellement en Russie, où les mentalités, les trajectoires anciennes de migrations pendulaires et la langue russe ont très vite servi d'ancrage à ce nouveau tournant dans la vie de nombreuses autres nationalités post-soviétiques.

La migration, assortie d'une réglementation des processus migratoires, peut contribuer à la croissance économique durable et au développement social du pays, au maintien des intérêts de sécurité nationale et à la prévention du terrorisme international. La politique économique d'immigration est censée assurer la régulation efficace des mouvements de travail temporaire et la lutte contre la migration illégale. Le développement de l'immigration permanente vise également à attirer des spécialistes qualifiés et des investisseurs dans le pays (Babadzanov, 2014, p. 218). Selon les experts de l'ONU (ONU, 1994), les migrations internationales font partie intégrante du processus de développement mondial et touchent pratiquement tous les pays. Les migrants jouent un rôle important dans la promotion du développement et de la réduction de la pauvreté, mais la migration a également des effets négatifs sur les indicateurs démographiques et la santé.

Les processus migratoires contribuent au « rajeunissement » de la structure par âge de la population du pays d'accueil, puisque les migrants sont principalement jeunes et aptes au travail. Parmi ceux qui partent sur de longues périodes, 60 % à 70 % sont en âge de travailler. En outre, l'émigration des femmes qui est certes moindre mais existe à travers l'institution du mariage par exemple, affecte la structure d'âge et de genre de la population du Tadjikistan, entraînant une réduction du nombre des mariages, une augmentation de la probabilité de donner naissance à des enfants qui grandiront sans parents.

Les recherches menées par Râzancev et Karimov (Râzancev & Karimov, 2013, p. 49) auprès de travailleurs migrants à Moscou entre 2008 et 2010 montrent que les jeunes hommes et ceux d'âge moyen² rendent rarement visite à leurs familles, ils créent des familles parallèles ou cohabitent avec des migrantes, ce qui conduit à la désintégration des familles, à la naissance d'enfants hors mariage et aux difficultés de résolution de la question douloureuse des abandons d'enfants. Sophie Hohmann, Sophie Roche et Michel Garenne (Hohmann, Garenne & Roche, 2010) ont montré dans leur étude portant sur la transformation des sex-ratio à la naissance³ durant la période de la guerre civile au Tadjikistan (1992-1997) que les migrations jouent un rôle majeur dans l'absence de récupération après la guerre. Les jeunes hommes partent en nombre travailler en Russie en plus de ceux partis en exil durant la guerre et cela tend à retarder l'âge au mariage, à réduire la natalité. Par ailleurs le classique baby-boom observé après les conflits n'a pas eu lieu au Tadjikistan.

En conséquence, la migration affecte la structure démographique par âge et par sexe. Les transformations dans le comportement sexuel des migrants contribuent à la déstructuration des modèles familiaux et à l'apparition de nombreux problèmes extraconjugaux. Les immigrés tadjiks, indépendamment des raisons propres à leur décision de migrer, doivent s'adapter aux nouvelles conditions de vie dans un environnement différent (conditions climatiques, nourriture locale, nouvel habitat, environnement culturel, relations interpersonnelles, conditions de travail, vie quotidienne et loisirs). Le besoin d'adaptation résulte du fait que les immigrés se retrouvent dans un autre environnement social dont ils ne connaissent pas tous les ressorts et qui, bien sûr, et comme dans toute situation migratoire, peut entraîner des problèmes psychologiques aggravés (Proskurakova, 2007, p. 58).

Dans sa recherche, Matveevskaâ (Matveevskaâ, 2011) analyse les facteurs ayant une influence sur les spécificités régionales de l'adaptation sociale des migrants aux conditions de vie et de travail dans les grandes villes industrielles en Suède. L'auteur indique quels sont les facteurs sub-

² En 2010, les auteurs notent que 268 600 migrants ont reçu une autorisation de travailler, parmi eux 90 % étaient des hommes dont 80 % avaient entre 18 et 39 ans.

³ Il s'agit de l'excédent en naissances des garçons ; entre 1992 et 1996 le sex-ratio était de 106,7.

jectifs et objectifs qui influencent les processus d'adaptation. Les facteurs subjectifs comprennent la nature de l'établissement et le nombre d'immigrants, la durée de résidence dans le nouveau lieu de résidence, le niveau d'instruction, le statut socio-économique et l'appartenance religieuse du groupe ethnique. Matveevskaâ donne trois niveaux d'intégration sociale dans la migration internationale (*Ibid.*) qui sont caractéristiques des migrations post-soviétiques et que l'on retrouve aussi dans d'autres contextes et dans d'autres régions du monde. La première étape qui est la survie des immigrants dans un nouveau lieu de résidence implique un processus « d'introduction » ou de mise en contact lorsque les migrants arrivent dans le pays d'accueil pour une courte période, afin de se familiariser avec les conditions de vie et déterminer les perspectives de trouver un emploi. Le deuxième niveau de survie des immigrants se caractérise par leur implication dans le processus d'adaptation sociale, économique par le travail, et l'intégration aux domaines politique, juridique, culturel et spirituel. Enfin, le troisième niveau d'intégration est l'entrée des immigrants dans la société. À ce stade, l'individu ou le collectif s'adapte à la société avec ses propres caractéristiques socioculturelles et ethniques. L'intégration à ce niveau garantit le respect des droits, l'accès aux différents types de services et au marché du travail, garantissant la liberté sociale, la possibilité du regroupement familial, l'obtention d'un permis de séjour ou de citoyenneté, la participation à la vie politique, les élections ainsi que l'égalité des immigrants avec les populations locales. Dans cette logique, les experts du British Council et du Migration Policy Group à Bruxelles ont élaboré un Indice des politiques d'intégration des migrants (MIPEX) en 2004 afin d'évaluer le succès de la politique d'intégration dans le pays et le classement des pays leaders dans l'intégration mondiale des immigrants.

Par conséquent, l'adaptation sociale dépend des critères individuels et sociaux, ainsi que des conditions socio-économiques, politiques et culturelles spécifiques de la société d'accueil. Or, l'adaptation est une question sensible car elle nécessite une intégration sociale et psychologique réussie à la nouvelle culture, mais aussi et parallèlement, une préservation des besoins culturels, d'une identité culturelle propres à chacun. À l'heure actuelle, le critère général d'évaluation du niveau d'adaptation sociale des migrants est le degré de satisfaction des migrants face aux conditions et à la qualité d'une nouvelle vie.

S.V. Smirnova (Smirnova, 2011) a mené une enquête auprès de 106 migrants âgés de 18 à 40 ans (67 femmes et 39 hommes) originaires des pays d'Asie centrale (Ouzbékistan, Kirghizstan et Tadjikistan) qui travaillaient au moment de l'enquête dans des compagnies privées de nettoyage à Moscou. Smirnova tente d'évaluer le degré de satisfaction des migrants en analysant les conditions de travail et la condition physique de ces travailleurs migrants. L'enquête a montré que 12,5 % des migrants originaires du Tadjikistan pensent que la qualité de la performance dépend de circonstances extérieures telles que les changements de pression atmosphérique et une réduction des heures du jour. Le même pourcentage de migrants a été enregistré concernant l'impact de ces facteurs sur le rendement et par conséquent, l'apparition d'un sentiment de fatigue et de surmenage. L'enquête montre aussi que 37,5 % des Tadjiks ne sont pratiquement pas en retard pour le travail, respectent la réglementation et les délais, ils accomplissent leur travail le mieux possible, ceci leur permettant de devenir de plus en plus compétitifs. La même proportion de migrants (37,5 %) originaires du Tadjikistan considèrent qu'ils travaillent plus longtemps que ce qui est prévu par leur contrat, environ 50 % des migrants tadjiks disent avoir plus de responsabilités, mais se disent aussi prêts à faire des heures supplémentaires si elles sont rémunérées (*Ibid.*, p. 95). L'étude de l'état émotionnel des migrants tadjiks a montré que 12,5 % d'entre eux connaissent des changements fréquents d'humeur, reviennent du travail dans un état dépressif, et que 75 % d'entre eux disent penser périodiquement à démissionner. Malgré toutes ces difficultés, les migrants ne cherchent pas à repartir vers leur pays d'origine (*Ibid.*, p. 96).

Au Kirghizstan, les chercheurs ont souligné les facteurs « push », tels que le chômage, les bas salaires, le manque de perspectives d'éducation et d'emploi, et les facteurs « pull » que sont les meilleures conditions économiques, la sécurité de l'emploi, les services médicaux plus abordables, les possibilités d'éducation, etc. Quant aux migrations intérieures, plus de 80 % des migrants sont des femmes rurales qui migrent vers les villes. Ces migrations intérieures ont des conséquences sur le marché de l'emploi impliquant une hausse du chômage, une pression démographique sur le logement et les questions de *propiska* [permis obligatoire de résidence], ainsi que l'accès aux services de santé de qualité, ce qui participe à la déstructuration de la situa-

tion socio-économique et à l'exacerbation de la criminalité (Bejsenbieva, 2009, p. 150).

Les migrations internationales et intérieures au Tadjikistan ont leurs spécificités liées au contexte historique, sociopolitique. Ces migrations sont surtout la conséquence du niveau croissant de la pauvreté et des inégalités dans une situation économique très mauvaise où les filets de sécurité sociale ont quasiment tous disparu laissant les Tadjiks seuls face à eux-mêmes. Dans cette logique, le principal motif de la migration va être de garantir une survie économique et sociale à sa famille, à sa communauté. Malgré la réduction de la pauvreté qui est officiellement passée de 64 % en 2003 (FMI & Banque mondiale, 2009, p. 7) à 32 % en 2015 (Tursunzoda, 2015) et jusqu'à 31 % en 2016 (*Poslanie Prezidenta Tadžikistana*, 2016, p.4), la pauvreté reste élevée surtout dans les zones rurales du pays. Par conséquent, afin de stabiliser la migration des villages vers les villes, des mesures de développement propres à l'économie des villages s'imposent afin de créer des emplois supplémentaires, soutenir les producteurs agricoles, introduire des avantages, créer des complexes agro-industriels et des exploitations (Azimov, 2015, pp. 65-66) qui participeraient à la réduction des vulnérabilités économiques et sociales. Indépendamment des raisons qui conduisent les Tadjiks à migrer, il s'agit de s'adapter aux nouvelles conditions de vie sociale, culturelle. Lors de la migration et ce de manière assez universelle, les conditions d'adaptation sont souvent difficiles, le caractère anxiogène de ce changement de lieu, de mode de fonctionnement, de rapport aux autres, tend à faire peser sur les migrants un fort stress, une confusion, de la solitude et de la peur, entravant considérablement les capacités d'adaptation des migrants. Ceux-ci se sentent exclus, victimes d'injustice sociale et d'une aliénation « forcée » aux nouvelles normes et valeurs de la société d'arrivée provoquant un fort sentiment d'impuissance (Kicenکو, 2015, p. 64).

Les difficultés d'adaptation sociale, les mauvaises conditions sanitaires et hygiéniques ainsi que le stress affectent la santé des migrants et contribuent à l'augmentation de la morbidité. Dans le même temps, la question sensible de l'assurance maladie qui fait défaut pour les migrants limite leur accès aux services médicaux. Les coûts d'accès aux services de soins sont souvent rédhibitoires pour les migrants et ils se tournent alors vers l'automédication, ce qui peut entraîner des complications et des problèmes

de santé chroniques. Dans ce contexte, il est nécessaire de développer des mesures efficaces et réfléchies afin de créer les conditions favorables au travail des migrants et à la garantie de leur accès au système de santé dans de bonnes conditions.

La santé reproductive des femmes

Parmi les migrants, les femmes sont un groupe très vulnérable et la question de l'accès aux services de santé reproductive est un écueil pour les migrantes (ONU, 2013). Le concept de « santé reproductive »⁴ s'est développé dans le monde dans les années 1980 et il est étroitement lié à la protection de la santé reproductive chez les femmes et les hommes. Les experts de l'OMS ont introduit plusieurs indicateurs en termes de services de santé reproductive et sexuelle : les soins prénatals, les soins postnatals et périnatals pour les femmes, les services de planification familiale et de stérilité, le dépistage et le contrôle des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, etc. (OMS, 2001, p. 21). Depuis les années 2010, le renforcement de la santé maternelle et infantile au Tadjikistan, fondé sur les principes de l'OMS, a contribué de manière sensible à la baisse de la mortalité maternelle et périnatale. Des efforts ont été réalisés en termes de restructuration du secteur de santé publique et d'accès aux services de santé reproductive surtout en ville.

Durant la décennie 2010, le Tadjikistan a commencé à réformer les services obstétriques en suivant les normes internationales. De nouvelles technologies et de nouveaux programmes périnatals ont été introduits et institutionnalisés par leur intégration dans les programmes de formation et de perfectionnement des cadres. Un service de soins obstétriques d'urgence a été créé, des normes nationales ainsi que des protocoles locaux ont été mis en place afin d'améliorer la qualité des soins obstétriques. Le ministère de la Santé et de la protection sociale de la République du Tadjikistan a soutenu l'initiative des Partenaires pour le développement et de l'Association des obstétriciens et des gynécologues de la République du Tadjikistan pour la mise en place d'une initiative sensible intitulée « Que se cache-t-il derrière les chiffres ? » ; laquelle comprend d'ailleurs l'analyse de cas critiques et

⁴ Selon l'ONU, « la santé reproductive est un état de bien-être physique, mental et social, pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité du système reproductif » (ONU, 2014).

d'une enquête confidentielle sur la mortalité maternelle (King, Rustamova & Sobitov, 2014).

Ces réformes et innovations même localisées ont contribué d'une certaine manière à faire baisser la mortalité maternelle, celle-ci est passée de 96,3 en 1995 à 33,3 pour 100 000 naissances vivantes en 2013 et 29,2 en 2014 (*Ibid.*, p. 5) selon les données de l'OMS, de l'UNICEF, et du FNUAP. Si l'on regarde de plus près la structure de la mortalité maternelle, ce sont les troubles hypertensifs qui sont en tête de classement (avec 36,5 % des cas) suivis par les hémorragies obstétricales (26,0 %) (Ministère de la Santé du Tadjikistan, 2015, p. 268). Toutefois, en dépit de la baisse du taux de mortalité maternelle dans le pays, celui-ci reste élevé par rapport aux pays développés (7,1 – Estonie, 4,6 – Allemagne, 3,8 – Suède, 1,7 – Danemark et 10,5 – Union européenne) et les pays voisins (6,9 – Turkménistan, 13 – Kazakhstan, 20,1 – Ouzbékistan, 17,7 – CEI) (*Ibid.*, p. 25). Par ailleurs, les taux de prématurés ont diminué de 4,5 % (*Ibid.*, p. 249) et les naissances à domicile de 7,4 % (*Ibid.*, p. 255). Cependant, ces taux ne concernent pas toutes les régions du pays et il est difficile d'avoir un tableau précis des disparités entre les villes, entre les régions. Surtout, le niveau d'avortements reste élevé et atteint 68,6 pour 1 000 naissances vivantes, tandis que la part des fausses couches représente quant à elle 10,7 pour 1 000 avortements (*Ibid.*, p. 280). La lutte contre l'avortement passe donc par les politiques de planification familiale et par l'accès aux contraceptifs. Au Tadjikistan, l'enquête *Demographic and Health Survey* (DHS) de 2012 donnait dans son rapport final un taux de couverture des femmes par les méthodes contraceptives de 27,9 % (USAID & Ministère de la Santé du Tadjikistan, 2012). Les fausses couches constituent un problème majeur de santé publique partout dans le monde et il nécessite une prise en charge spécifique au niveau obstétrical et surtout au niveau du suivi de la grossesse et des soins ensuite nécessaires aux prématurés. Par ailleurs au Tadjikistan, on constate un taux élevé de mortalité périnatale (61,0 %) chez les femmes ayant subi une fausse couche (Rustamova, 2003 ; Sidel'nikova, 2000).

Les scientifiques tadjiks ont montré dans leurs études quelles sont les conséquences des infections sexuellement transmissibles sur le système reproductif des femmes et notamment en ce qui concerne les fausses couches (Rustamova, Muminova, Istamova *et al.*, 2010b, p. 23). Ils montrent une incidence élevée (70,1 %) d'infections urogénitales, y com-

pris la chlamydia, le mycoplasme, l'uréoplasme et l'infection par cytomégalovirus (CMV) (36,4 %) (Rustamova, Muminova & Istamova, 2010a, p. 78). Il a été constaté que l'infection par le CMV affecte négativement le cours de la grossesse, celui de l'accouchement et des périodes post-partum, augmentant le niveau de fausses couches, mais aussi la morbidité et la mortalité périnatales (Rustamova, 2014, p. 58).

La conjonction entre migrations de travail et vulnérabilités de santé chez les femmes, différentes pathologies, comme la malnutrition (50,3 % des femmes enceintes souffrent d'anémie et 47 % ont un goitre), la forte prévalence de pathologies extragénitales et gynécologiques, constitue un sujet de recherche qui mérite une attention approfondie en ce que les migrations sont précisément une cause de complication de ces pathologies et des conséquences en matière de santé reproductive sur de larges franges de la population et de la génération à venir.

Bien que des progrès aient été réalisés en termes de santé reproductive au Tadjikistan, l'index de santé pour les femmes reste bas, ce qui implique la nécessité de poursuivre les efforts visant à améliorer la qualité des services de santé et leur modernisation. L'intensification des migrations intérieures et internationales sous-tend des facteurs aggravant en termes de santé sexuelle et reproductive chez les migrantes et nécessite une réflexion, des études et des actions communes entre les différents établissements dans le domaine de la santé reproductive mais aussi dans le domaine de la recherche nécessaire à l'amélioration des indicateurs démographiques et sanitaires du pays.

La santé reproductive des populations migrantes, confrontées à des conditions de vie défavorables et à la limitation des soins obstétricaux, a une influence non négligeable sur la baisse de la fécondité, sur l'augmentation du taux de morbidité, sur les complications de la grossesse et de l'accouchement, sur la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale (Kupreeva & Sarybaeva, 2007 ; Pakhomov, 2006 ; Khacieva, 2006 ; McGinn & Purdin, 2004). En effet, les femmes migrantes doivent souvent faire face à des problèmes spécifiques, en particulier ceux liés à la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, à la santé génésique et à la violence (Bejsenbieva, 2009 ; OMS, 2001, 2013).

S. Cibul'skaâ et M. S. Khacieva (Khacieva, 2006 ; Cibul'skaâ & Khacieva, 2009) ont mené une enquête parmi les populations déplacées forcées entre 1999 et 2004 de Tchétchénie en Ingouchie dans les camps de réfugiés situés dans les districts de Malgobekskij et Sunženskij (475 familles ont été interviewées dont 874 adultes – pères et mères – et 1 499 enfants). Elles ont essentiellement travaillé auprès des femmes déplacées et ont constaté que les pathologies du système reproductif figuraient en première place parmi toutes les maladies détectées dans ce groupe. La fréquence des maladies gynécologiques était de 2,6 fois supérieure à celle enregistrée dans la population générale résidente. Une augmentation de la fréquence des maladies inflammatoires de l'appareil génital de 2,3 fois chez les migrantes (représentant 26,1 % des migrantes), la fréquence du dysfonctionnement menstruel de 3 fois (soit 12,2 %) et d'autres maladies gynécologiques (cancer utérin, endométriose, érosion du col) de 2 fois. La significativité est élevée, $p = 0,000-0,040$ pour les maladies listées (Bejsenbieva, 2009 ; Khacieva, 2006 ; Cibul'skaâ & Khacieva, 2009).

Par ailleurs, une augmentation de 14,6 fois de la morbidité due à la prostatite chez les migrants témoigne de conséquences à ne pas sous-estimer également chez les hommes (Khacieva, 2006). Les études de S. P. Pakhomov (Pakhomov, 2006) évaluent l'impact des processus de migration sur la formation des maladies du système génito-urinaire, du dysfonctionnement de la thyroïde, de la fréquence accrue et une incidence plus élevée de l'anémie, il étudie leur impact sur l'incidence des complications de la grossesse. Dans le même sens, l'étude menée par M. S. Khacieva (*Ibid.*) auprès des déplacées tchétchènes en Ingouchie souligne une hausse notable du nombre d'avortements provoqués chez les femmes déplacées de 39,8 %, une fréquence de fausses couches spontanées de 91,4 %, et les indicateurs de fausses couches et de prématurité sont respectivement de 42,1 % et 62,3 %. M.S. Khacieva a constaté que, lors du déplacement forcé, 26,7 % des femmes souffraient de maladies extra-génitales et que 70,1 % des migrantes avaient eu des complications au cours du processus de gestation. Ainsi, le taux d'anémie a augmenté de 2,1 fois, les niveaux de troubles de l'hypertension et les menaces de fausses couches dépassent de 30,8 % la valeur de référence de la période d'avant-guerre. Par ailleurs, la fréquence des hémorragies lors de l'accouchement (4,5 %) et de la césarienne (7,2 %) était également plus élevée que celle des rési-

dentes permanentes. Le taux de mortinatalité était significatif et de l'ordre de 30 %. Dans cette étude, 87,5 % des enfants nés durant la migration ont développé des formes d'invalidité. Par ailleurs, le niveau maximum de la mortalité néonatale précoce était de 21,8 % durant la période de migration et l'augmentation de la catégorie des nourrissons de faible poids de naissance (27,5 ‰), l'augmentation de la fréquence de la prématurité (47,3 ‰), l'hypotrophie fœtale (140,6 ‰), les anomalies congénitales du développement (19,8 ‰) et les lésions (traumas) à la naissance (13,8 ‰). En outre, l'auteur souligne dans ses résultats les troubles fonctionnels et la réduction des mécanismes de compensation et d'adaptation chez les migrantes en raison des conditions de vie difficiles, des contraintes psychologiques importantes et des difficultés majeures d'adaptation sociale entraînant aussi des troubles neuropsychiatriques et des dépressions.

Les problèmes de santé reproductive sont également observés chez les migrantes intérieures comme c'est le cas au Kirghizstan où des scientifiques ont mené une enquête sociologique auprès de 123 femmes en âge fécond dans la capitale Bichkek (Kupreeva & Sarybaeva, 2007, p. 430). L'enquête montre que l'avortement reste la méthode habituelle de contrôle des naissances chez 48 % des migrantes. Comme dans le cas de la migration internationale, 68 % des femmes migrantes au Kirghizstan disent que les principales raisons de l'interruption artificielle de grossesse sont les mauvaises conditions de vie. Cependant, l'incidence de l'avortement spontané (ou fausses couches) est également élevée, plus de la moitié des femmes interrogées ont subi une fausse couche (51,2 %). Enfin, une femme sur deux (46,8 %) indique qu'elle souffre de maladies inflammatoires de l'appareil génital.

Une incidence élevée (82 %) d'anémie chez les femmes enceintes indique une mauvaise qualité de vie chez les migrantes. En outre, la présence de pyélonéphrite chronique a été détectée chez 56,4 % des femmes enquêtées et 46,1 % souffraient d'une maladie sexuellement transmissible. L'insuffisance fœto-placentaire et les troubles hypertensifs compliquent la grossesse respectivement chez 13 (33,3 %) et 9 femmes (23 %) enquêtées. La complication du cycle de la grossesse chez ces migrantes a comme conséquence pour 28,2 % d'entre elles des naissances prématurées sur une période de 22 à 34 semaines avec un décès prénatal. Après l'accouchement, 36 % des femmes utilisaient le stérilet comme moyen de contraception,

13 % la méthode du retrait et 11 % des méthodes barrières (Kupreeva & Sarybaeva, 2007, p. 430).

E. V. Tûrûkanova a mené des enquêtes dans quatre régions de Russie en 2010 (Moscou et la région de Moscou, la région de Samara, Saint-Pétersbourg et sa région, la province de Krasnodar). Des entretiens aléatoires ont été réalisés auprès 1 169 répondantes, dont 1 068 femmes migrantes économiques originaires des pays de la CEI et 101 femmes originaires des régions de Russie précitées (groupe référent).

Cette étude met en évidence le lien entre le travail physique éprouvant auquel sont soumises les migrantes et la faiblesse de la surveillance médicale et à des services de qualité (Tûrûkanova, 2011, p. 81). Une femme migrante sur dix fait une fausse couche et/ou accouche d'un enfant mort-né (mortinatalité). La plupart des femmes qui partent en migration sont en âge de procréer et de travailler, ce qui les confronte à des situations paradoxales, car malgré le travail en migration et ses dangers, ses conséquences sur leur vie quotidienne et leur santé, elles planifient quand même des naissances. Une autre enquête a été effectuée auprès de 206 femmes migrantes issues des pays de la CEI enregistrées dans l'hôpital d'Ekaterinbourg, montrant que parmi les patientes, 15 % étaient originaires du Tadjikistan. Une fréquence élevée des pathologies extra-génitales a été enregistrée, dans la structure de laquelle on retrouvait une prévalence d'anémie et de maladies du système cardiovasculaire. Les femmes enceintes migrantes sont enregistrées tardivement à l'hôpital car elles se présentent tard : 51,5 % pour le deuxième trimestre et 17 % pour le troisième semestre de la grossesse. Une des conséquences est l'absence de détection précoce des maladies extra-génitales durant la grossesse qui vont affecter la santé de l'enfant à naître (Gal'perin & Borzunov, 2013). La stérilité reste à ce jour l'un des problèmes de santé les plus importants et les plus complexes. L'avortement ainsi que les infections sexuellement transmissibles (IST) sont la principale cause de stérilité féminine. Une augmentation de la fréquence des avortements et des IST pendant la migration affecte considérablement la hausse de la probabilité de stérilité.

La migration intense a une influence incontestable sur le niveau de stérilité. Il a été démontré que durant la période d'adaptation à de nouvelles conditions de vie, la stérilité fonctionnelle est deux fois plus élevée chez les migrantes que chez les autochtones. Les facteurs qui contribuent au développement de la stérilité chez les arrivantes sont en partie attribués

au changement de résidence, à la période (saisons automne-hiver), aux conditions de travail difficiles et à l'avortement (*Profilaktika ženskogo besplodiâ*, s.d.).

Bien qu'il n'existe pas d'étude scientifique portant sur la santé reproductive des migrantes au Tadjikistan, une enquête sociologique a été réalisée sur ce sujet. Les résultats de cette enquête concernant l'impact de la migration sur les relations familiales et la santé au Tadjikistan suscitent quelques inquiétudes. L'étude d'opinion menée auprès des migrants en Russie et auprès de leur famille (épouses et maris), restés au Tadjikistan montre que 9 % des migrants et que 11 % des membres de leur famille sont infectés par une maladie sexuellement transmissible [Râzancev & Akramov, 2014, p. 190]. Les travailleurs migrants en Russie et leurs épouses au Tadjikistan se sont tournés vers le système de santé pour des problèmes liés au système reproductif (respectivement 38 % et 23 %). La fréquence de ces pathologies de la fonction reproductive est certainement due à des changements de comportement, puisque près de la moitié (47,4 %) des migrants en Russie ont eu des rapports sexuels avec d'autres partenaires (*Ibid.*, p. 192).

La question des services de planification familiale représente un aspect crucial de la santé reproductive. Parmi les migrantes, 73 % utilisent des contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées. Cependant, 7 % des migrantes n'utilisent pas de contraception, que ce soit à cause de leur mari qui s'y oppose ou pour des raisons religieuses. Chez les familles enquêtées au Tadjikistan, 40 % n'ont pas utilisé de contraceptifs (Tûrûkanova, 2011, p. 80). Parmi les migrants interrogés, un sur dix avait eu des rapports non protégés avec différentes partenaires sexuelles ce qui augmente considérablement le risque de grossesses non désirées et de diverses maladies sexuellement transmissibles. Le risque de contracter une IST est également élevé chez les partenaires sexuels masculins/féminins (permanents et temporaires). De plus, un tiers des travailleurs migrants disait ne pas se protéger durant les rapports sexuels pour des raisons religieuses ou parce que le partenaire/la partenaire ne voulait pas se protéger (35 % parmi les natifs du Tadjikistan, 20 % parmi ceux/celles du Kirghizstan, 43 % pour l'Ouzbékistan). Les femmes originaires d'Asie centrale ont souvent des comportements sexuels à moindre risque que d'autres femmes en raison notamment de caractéristiques religieuses, ethnoculturelles et traditionnelles.

Plusieurs recherches ont révélé la forte prise de conscience des femmes mariées au Tadjikistan quant aux méthodes de planification familiale. La majorité des répondantes connaissaient le dispositif intra-utérin (93 %), les contraceptifs oraux (83 %) et les préservatifs (71 %). 67 % connaissaient la méthode des contraceptifs injectables (Râzancev & Akramov, 2014, p. 192). L'analyse de la structure des méthodes contraceptives a montré que la réduction de leur utilisation est principalement due à la diminution à 18,5 % de l'utilisation du dispositif intra-utérin (DIU) (*Ibid.*, p. 191). Cependant, malgré la forte sensibilisation des femmes au sujet des méthodes contraceptives, l'une des conséquences des processus migratoires au Tadjikistan est la diminution de l'utilisation de la contraception passant de 37,9 % en 2005 (MICS 2005) à 27,9 % selon l'enquête *Demographic and Health Survey* (DHS) menée en 2012 (USAID & Ministère de la Santé du Tadjikistan, 2012). La baisse marquée de l'utilisation du stérilet peut s'expliquer par différentes pratiques : l'Institut de recherche en obstétrique et en gynécologie du Tadjikistan à Douchanbé a constaté que de nombreuses épouses de migrants restées au pays n'utilisaient plus le stérilet car leur mari étant parti en migration de travail, elles ne voyaient pas l'intérêt de se protéger contre les grossesses non désirées. Cependant, certaines femmes ont admis que leur conjoint les avait contraintes de retirer leur stérilet avant la migration (données non publiées). Malheureusement, aucune étude n'a été menée sur cette question au Tadjikistan et cela nécessite des études approfondies auprès des populations concernées.

Les chercheurs ont été surpris de constater que les femmes tadjikes enregistraient des niveaux élevés d'utilisation des préservatifs avec leur partenaire permanent. Le plus haut pourcentage a été enregistré parmi les femmes tadjikes enquêtées à Moscou (Agadzanan & Zotova, p. 94). Parmi les 486 femmes interrogées à Moscou d'octobre 2012 à mars 2013, le plus haut taux de recours au préservatif a été enregistré chez les femmes tadjikes (28 %). Les travaux de S. V. Râzancev et de M. M. Karimova confirment ces données (Râzancev & Karimov, 2013, p. 50). Une enquête réalisée auprès des conjoints a montré que les femmes tadjikes utilisaient souvent des préservatifs avec leur partenaire pour se protéger contre les grossesses non désirées et contre les IST et le VIH. En outre, cette étude montre que les femmes tadjikes ont significativement plus souvent subi des

tests de dépistage pour le VIH par rapport aux femmes ouzbeks et kirghizes (Agadzanan & Zotova, 2014, p. 100).

L'analyse montre l'impact des facteurs ethnoculturels sur les risques du VIH/SIDA. D'après les travaux de Râzancev et Karimova (Râzancev & Akramov, 2014, p. 193), la cause de l'infection par VIH au Tadjikistan est due, pour la moitié des cas (53 %), à l'usage de drogues injectables. La forte augmentation du VIH/SIDA au Tadjikistan est une réalité : pour la période de 1991 à 2000, seulement 11 cas de cette pathologie ont été enregistrés dans la république (Salimov, 2009, p. 11), alors qu'en octobre 2014, 6 309 cas étaient enregistrés et les travailleurs migrants ne représentaient que 0,04 % des séropositifs (Nazirov & Bakhitdžanova, 2014, p. 1307). Dans le même temps, une étude de Bobodžanova (Babadzanov, 2014, p. 293), menée en 2009, montrait que 20,2 % des nouveaux cas détectés de VIH étaient des travailleurs migrants.

Nombreux sont les chercheurs qui estiment que les processus migratoires ont joué un rôle crucial dans la propagation de l'infection par VIH et son passage au stade de l'épidémie en Russie notamment. Les problèmes de santé reproductive et d'infection à VIH méritent une attention particulière à grande échelle et à tous les niveaux de la société. La transmission materno-fœtale du VIH en l'absence d'un traitement antirétroviral spécial est une menace qui s'ajoute aux autres risques touchant la santé reproductive (Makarov, Šemanaeva, 2012). D. S. Âcenko a montré dans ses recherches que les femmes infectées par le VIH, quel que soit le traitement antirétroviral suivi, vont développer beaucoup plus de complications durant la grossesse, par rapport aux femmes en bonne santé (Âcenko, 2015). Les principales complications sont l'hypoxie fœtale intra-utérine chronique (55 %) provoquée par une insuffisance placentaire chronique, le travail prématuré (35 %), la prééclampsie (23,4 %), les fausses couches (20 %) et le syndrome de retard du développement fœtal – 7 %. Par ailleurs, l'indicateur des IST est un indicateur de la santé reproductive et l'on note que sa fréquence s'est accrue ces dernières années en raison notamment de la cohabitation et de la promiscuité durant les périodes de migration.

L'avortement, un moyen de contraception comme un autre ?

L'avortement est l'une des composantes les plus importantes de la santé reproductive des femmes. Selon des experts de l'OMS et du Fonds des

Nations Unies pour la population, l'avortement reste l'une des principales méthodes de régulation des grossesses non désirées. Des études ont montré que l'avortement augmente l'incidence des maladies gynécologiques, conduit à une fausse couche et à la stérilité augmentant la mortalité périnatale (Stepanova, Rustamova & Kamilova, 1999). Malgré l'apparition de complications dans la période qui suit l'avortement, les femmes migrantes ont encore souvent recours à ce type d'interruption de grossesse. Près de 50 % des femmes migrantes interrompent une grossesse non désirée par un avortement. Les études menées au Kazakhstan en 2011 ont montré que les femmes ont eu recours pour plus du tiers des répondantes (34,2 %) à des avortements répétés (FNUAP, 2011). De nombreuses femmes migrantes célibataires enceintes ont recours à l'avortement en raison de la peur du jugement. Surtout, les conséquences de la conjonction de ce rythme d'avortements, de la malnutrition, des conditions météorologiques défavorables (froid) et des conditions de vie difficiles sont considérables sur la santé reproductive de ces femmes doublement vulnérables.

Ainsi, les comportements démographiques subissent des transformations dans le contexte des migrations internationales mais aussi dans celui des migrations intérieures. Les femmes originaires d'Asie centrale sont, comme nous l'avons déjà souligné, plus enclines à ne pas adopter de comportements sexuels à risques (surtout chez les femmes tadjikes mariées) en partie en raison de leur appartenance traditionnelle à une société codifiée. Par ailleurs, elles sont très au fait des méthodes de planification familiale et se démarquent notamment de par les plus hauts niveaux d'utilisation des préservatifs à la fois comme moyen de contraception et comme moyen de prévention contre le VIH/SIDA, ce qui écarte la seule explication culturaliste et témoigne de l'autonomie des comportements.

Pour des services de soins de qualité : accès des migrantes à la santé reproductive

La prestation de services dans le domaine de la santé reproductive est l'un des problèmes les plus complexes et les plus importants dans le cadre du processus migratoire. De nombreuses femmes migrantes n'ont pas le droit d'être embauchées dans le secteur public durant un certain laps de temps et sont donc obligées de travailler dans des secteurs non réglementés, ce qui les empêche de recevoir des soins médicaux appropriés et complets,

y compris les soins prénatals. De ce fait, les maladies et les complications durant la période de gestation ne sont pas dépistées à temps et ne sont donc pas traitées (Gal'perin & Borzunov, 2013). Il n'y a pas de services prénatals dédiés aux migrantes de travail, que ce soit au Tadjikistan, en Russie ou au Kazakhstan. Selon les lois du Kazakhstan, les migrant(e)s ne reçoivent que des soins médicaux d'urgence (FNUAP, 2011). La consultation médicale des migrantes et des nourrissons durant la période néonatale s'effectue dans les établissements médicaux d'État des pays d'accueil, à condition seulement de disposer d'une assurance médicale ou d'un certain statut de séjour. Or, la question de l'assurance médicale est sensible et son coût peut être rédhibitoire en plus de mentalités peu habituées à la prévoyance. Surtout, nombreux sont les migrants vivant et travaillant dans l'illégalité, ce qui les empêche de bénéficier de l'assurance obligatoire qui dépend du contrat de travail et l'assurance volontaire qui est un autre type de contrat complémentaire est, quant à elle, payante (Iontsev & Ivakhnyuk, 2012, p. 5). Les centres de santé privés sont une alternative mais les coûts pratiqués sont la plupart du temps trop élevés pour les migrantes qui sont souvent très mal informées de leurs droits comme notamment ceux de recevoir des soins dans les centres dits de « crise » (FNUAP, 2011). Les femmes migrantes sont donc plus exposées aux vulnérabilités liées à la grossesse, mais aussi aux IST et au VIH/SIDA.

Les difficultés et limites d'accès aux services de santé entravent considérablement les processus de dépistage qui sont une clé des politiques de santé publique (Agadjanian, Zotova & Gorina, 2013). L'analyse des raisons qui limitent l'accès aux soins des migrantes montre que les principaux facteurs sont les coûts élevés des services médicaux, « les médecins prennent cher pour la consultation, la nourriture, les vitamines », « les médecins, l'accouchement, l'hôpital, tout est cher », « tout est payant : le dépistage, l'accouchement », etc. Ces questions matérielles se posent non seulement pour celles qui doivent accoucher mais aussi pour celles qui veulent avorter. Pour de nombreuses migrantes, cette procédure est assez coûteuse : « sans *propiska* (permis de résidence), l'avortement est payant », « les échographies sont payantes » (Tûrûkanova, 2011). De plus, des observations telles que « les médecins ne veulent pas recevoir » ont été faites ou encore : « les médecins refusent de recevoir des migrantes », « les médecins, les obstétriciens sont négligents », « de nombreux médecins

regardent les migrants avec dédain » (*Ibid.*). Les migrants ont très peur d'être renvoyés vers leur pays non seulement à cause de diverses maladies (notamment le VIH/SIDA, la tuberculose), mais aussi à cause de la grossesse (*Ibid.*, p. 82), si bien qu'ils cachent leur état de santé pour pouvoir rester travailler en Russie.

L'Organisation mondiale pour la Santé (OMS) estime que toute personne qui se déplace à l'étranger doit avoir pleinement accès aux conditions hospitalières, à des soins médicaux de qualité sans discrimination fondée sur le sexe, l'âge, la religion, la nationalité ou la race. La politique de l'OMS comprend également l'accès aux services de santé, quel que soit le statut juridique des migrant(e)s et des réfugié(e)s. L'OMS insiste sur l'importance de l'accès à des services de qualité afin d'assurer la santé non seulement des migrant(e)s, mais aussi la prévention en temps opportun de la contamination dans les pays d'accueil (OMS, 2013). Parallèlement à ces nécessités, il est important de pouvoir disposer des informations adéquates concernant les droits des personnes en termes de protection sociale et de systèmes de santé dans le pays de résidence (OMS, 2001, p. 16).

Conclusion

Dans le monde actuel, l'intensification des processus migratoires implique nécessairement des mesures à différents niveaux afin de répondre aux besoins induits par les nouvelles tendances de la migration internationale et intérieure.

Les migrations de travail « rajeunissent » la structure par âge de la population et cela a un effet positif sur le développement et en particulier sur l'évolution du marché du travail et la croissance économique, l'amélioration des indicateurs démographiques, et la réduction de la pauvreté. Les migrations de travail jouent un rôle majeur sur la croissance des revenus, et donc sur la capacité de soutien économique et social de la famille par l'intermédiaire des transferts financiers. Cependant, les migrations impliquent la détérioration rapide de la santé en général et de la santé reproductive en particulier, c'est la raison pour laquelle cet aspect est mis en avant par les pays dans leurs stratégies internationales.

La santé des femmes a un impact direct sur la santé des générations futures, sur les familles, et finalement sur la santé de la nation. Dans le

même temps, la santé des femmes dépend en grande partie de l'état de leur propre santé reproductive. La détérioration de la santé reproductive des femmes migrantes entraîne une diminution de la fécondité, de la fertilité, une augmentation de la morbidité et de la mortalité, une augmentation de la fréquence des complications de la grossesse et de l'accouchement, de la morbidité et de la mortalité périnatale, de l'avortement et des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, et une diminution de la fonction reproductive également chez les hommes.

Parallèlement aux problèmes médicaux, la faible disponibilité et le coût élevé des services de santé sont une réalité. L'absence d'assurance médicale pour les migrants limite l'accès à des services médicaux de qualité qui affectent entre autres la santé reproductive. Les femmes du Tadjikistan restent influencées par des considérations religieuses et ethnoculturelles ce qui joue un rôle non négligeable sur leurs comportements sexuels à moindre risque, elles sont néanmoins bien sensibilisées aux méthodes de planification familiale, et plus susceptibles d'utiliser des préservatifs pour la contraception et la prévention du VIH/SIDA.

La question du stress chronique, des conditions de vie extrêmes, la forte incidence de la morbidité contribuent à faire baisser leurs capacités dans de nombreuses sphères de la vie quotidienne et imposent de trouver les moyens de récupérer sur cette vie anxiogène grâce notamment à l'aide de divers spécialistes des domaines de la psychologie et de la médecine, de l'éducation, de l'aide sociale et juridique et surtout avec le soutien actif de l'État. Malgré l'insertion du Tadjikistan dans le processus de mondialisation et de migrations internationales, en dépit de l'urgence des questions de santé publique et de santé reproductive, il n'existe pratiquement aucune étude sur la santé reproductive des migrant(e)s et sur leur accès aux services de soins adéquats. À cet égard, la mise en œuvre de politiques sociales et migratoires efficaces s'avère cruciale pour permettre l'adaptation sociale des migrant(e)s, renforcer les garanties sociales, améliorer le niveau de vie et garantir des emplois à la population.

Ces conclusions montrent combien l'élaboration de recommandations scientifiquement fondées est cruciale afin de juguler les conséquences négatives de la migration. L'absence du concept de politique migratoire nationale dans les pays souligne la nécessité d'élaborer des documents stratégiques sur les processus de migration et les mesures visant à réduire

les risques d'inadaptation et de migration. Le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) met en avant la nécessité de renforcer la capacité des pays à relever les défis de la migration. C'est dans cette logique qu'il faut promouvoir le renforcement des capacités nationales sur les questions migratoires, notamment l'élaboration de documents normatifs, de programmes, de stratégies et de plans d'action nationaux et sectoriels pour favoriser le développement, y compris des services de santé reproductive et pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ainsi, l'accès à une assistance médicale pensée et de qualité pour les migrant(e)s est une des clés de l'amélioration de leur santé reproductive, mais aussi de problèmes sociaux et économiques et cela revient à s'interroger sur la question plus globale de la responsabilité des États face aux populations migrantes.

Article traduit du russe par Anastasia Melnikova

Bibliographie indicative

- ÂCËNKO D. S., 2015, « Tečenie beremennosti, rodov i sostoânie novoroždennykh u Źenščin inficirovannykh vič infekciej » [La grossesse, les accouchements, et l'état de santé des nouveau-nés des femmes infectées par le VIH], *Bulletin of Medical Internet Conferences*, vol. 5, n° 5, p. 448.
- AGADŹANÂN Viktor & ZOTOVA Nataliâ, 2014, « Migraciâ i riski vič-infekcii : ženščiny-vikhodci iz Srednej Azii v Rossijskoj Federacii » [La migration et les risques d'infection par VIH : les femmes-migrantes originaires d'Asie centrale en Fédération de Russie], *Demografičeskoe obozrenie*, vol. 1, n° 2, pp. 85-109.
- AGADJANIAN Victor, ZOTOVA Natalya & GORINA Eugenia, 2013, "Sexual and Reproductive Risks of Central Asian Female Migrants in the Context of the HIV Epidemic," *Annual Bilateral Meeting on Collaborative Research Partnerships on the Prevention and Treatment of HIV/AIDS and Co-morbidities*.
- AMIRKHANDIAN Y., KUZNETSOVA A., KELLY J. *et al.*, 2011, "Male Labor Migrants in Russia: HIV Risk Behavior Levels, Contextual Factors and Prevention Needs," *Journal of Immigrant & Minority Health*, vol. 13, n° 5, pp. 919-928.
- AZIMOV Abdumavlon, 2015, « Nekotirie puti soveršenstvovaniâ regulirovaniâ processov migracii v Tadžikistane » [Quelques solutions envisageables pour réguler le processus migratoire au Tadjikistan], *Vestnik Tadžikskogo gosudarstvennogo universiteta prava, biznesa i politiki, Seriâ obščestvennykh nauk*, vol. 1, n° 1, p. 62-66.

- BABADŽANOV Rustam, 2014, « Čelovečeskoe razvitie » [Le développement humain], 2^e édition (complétée et modifiée), Douchanbé.
- BEJŠENBIEVA G. DŽ, 2009, « Reproduktivnoe zdorov'e ženščin i vliânïe na nego mediko-socialnikh faktorov » [L'impact des facteurs médico-sociaux sur la santé reproductive des femmes], *Tavričeskij mediko-biologičeskij vestnik*, vol. 12, n° 3 (47), pp. 149-152.
- CIBUL'SKAĀ I. S. & KHACIEVA M. S, 2009, « Pokazateli zdorov'â i vosproizvodstva naseleniâ sredi migrantov v 1999-2004 g. iz Čečenskoj Respubliki po sravneniû s analogičnymi pokazatelâmi 1985-1998 » [Comparaison entre les indicateurs de santé des migrants originaires de la République tchétchène entre 1999 et 2004 et entre 1985 et 1998]; <http://vestnik.mednet.ru/content/view/104/30/lang,ru/> [consulté le 27.11.2015].
- Federal'naâ Migracionnaâ Služba (FMS), 2014, « Svedeniâ v otnošenii inostrannykh graždan, nakhodâščikhsâ na territorii Rossijskoj Federacii, v polovozrastnom razreze (po sostoâniû na 2.10.2014 » [Service fédéral de la migration (FMS), Information relative aux ressortissants étrangers, présents sur le territoire de la Russie (selon le sexe et l'âge) du 2/10/14)]; <http://www.fms.gov.ru/about/statistics/data/details/54891> [consulté le 01.11.2014].
- FMI & Banque mondiale, 2009, *Strategiâ sokrašeniâ bednosti Respubliki Tadžikistan 2010-2012* [Stratégie de réduction du taux de pauvreté au Tadžikistan 2010-2012], Douchanbé.
- FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population), 2011, « Dostup ženščin Kazakhstana k tovaram i uslugam reproduktivnogo zdorov'â » [L'accès des femmes du Kazakhstan aux services de la planification familiale] (rapport analytique), Almaty, pp. 106-109.
- GAL'PERIN A. M., BORZUNOV I. V., 2013, « Dostup ženščin Kazakhstana k tovaram i uslugam reproduktivnogo zdorov'â » [L'accès des femmes issues du Kazakhstan aux services de la planification familiale], Rapport analytique, *Ural'skij medicinskij žurnal*, n° 9, pp.106-109.
- HOHMANN S., GARENNE M. & ROCHE S., 2010, "Changing sex ratios at birth during the civil war in Tajikistan: 1992-1995," *Journal of Biosocial Science*, November, vol. 44, pp. 773-786.
- IONTSEV Vladimir & IVAKHNYUK Irina, 2012, "Role of International Labour Migration in Russian Economic Development," *CARIM-East Research Report*.
- KHACIEVA Marem, 2006, « Mediko-social'nie problemy migrantov na territorii Rossii (na primere vynuždennykh pereselencev iz Čečenskoj Respubliki) » [Les problèmes médicaux et sociaux des migrants en Russie (exemple des personnes déplacées forcées de la République Tchétchène)]; <http://www.dissercat.com/content/mediko-sotsialnye-problemy-migrantov-na-territorii-rossii-na-primere-vynuzhdennykh-pereselen#ixzz3mP7Uk3uY> [consulté le 27.11.2015].

- KICENKO N. A., 2015, « Migraciâ i zdorov'e naseleniâ Rossii » [Migration et santé de la population de Russie], *Izvestiâ GTU*, vol. 20, n° 2 (155), pp. 62-65.
- KING Alison, RUSTAMOVA Mekhriniso, SOBITOV Khiloldin, 2014, "Country Programme Evaluation. UNFPA Tajikistan Country Programme 2010-2015," *Evaluation Report*, Douchanbé.
- KUPREEVA E. & SARYBAEVA A., 2007, « Ocenka vliâniâ vnutrennej migracii na sostoânie reproduktivnogo zdorov'â ženščin » [Évaluation de l'impact des migrations internes sur la santé reproductive des femmes], *Conclusions du huitième Congrès international « santé et éducation au XXI^e siècle, concepts des pathologies de la civilisation moderne »*, p. 430.
- MAKAROV I. O. & ŠEMANAIEVA T. V., 2012, « Sovremennij vzglâd na vedenie beremennosti na fone VIČ » [Conceptions modernes de la surveillance médicale des femmes enceintes séropositives], *Akušerstvo, ginekologiâ, reprodukciiâ*, vol. 6, n° 2, pp. 31-34.
- MATVEEVSKAÂ A., 2011, « Social'naâ adaptaciâ immigrantov v Švecii. Èkonomičeskaâ, social'naâ i plitičeskaâ geografiâ » [Adaptation sociale des immigrés en Suède. Géographie économique, sociale et politique], thèse de géographie, Université de Saint-Pétersbourg; <http://earthpapers.net/sotsialnaya-adaptatsiya-immigrantov-v-shvetsii#ixzz3viqc4DwA> [consulté le 29.11.2015].
- McGINN T. & PURDIN S., 2004, « Reproductive Health and Conflict: Looking Back and Moving Ahead », *Disaster*, vol. 28, n° 3, pp. 235-238.
- Ministère de la Santé du Tadjikistan, 2015, « Zdorov'e naseleniâ i deâtelnost' učeždenij zdravookhraneniâ » [La santé publique et le fonctionnement des établissements du système de la santé] (en langue tadjike), Douchanbé : Offset Imperiya.
- NAZIROV N. & BAKHITDŽANOVA A. E., 2014, « Statističeskie dannye po bor'be s VIČ/SPIDom v Tadžikistane » [Les données statistiques relatives à la lutte contre VIH/SIDA au Tadjikistan], vol. 4, n° 11; www.medconfer.comkm, [consulté le 19.12.15].
- Nacional'naâ strategiâ nauki i tekhnologii Respubliki Tadžikistan na period do 2015 g.* [Stratégie nationale du développement de la science et de la technologie de la République du Tadjikistan, 2015], Douchanbé, 2008, 42 p.
- Nacional'naâ strategiâ razvitiâ Respubliki Tadžikistan na period do 2015 g.* [Stratégie nationale du développement de la science et de la technologie de la République du Tadjikistan, 2015], 2006, Douchanbé.
- National Health Strategy of the Republic of Tajikistan 2010-2020*, 2010, Douchanbé.
- OMD, 2000, *Celi razvitiâ tysâčeletiâ* [Les objectifs du Millénaire pour le développement]; <https://ru.wikipedia.org/wiki> [consulté le 29.11.2015].

- OMS, 2013, *Santé 2020. Réduire les inégalités dans le domaine de la santé en Europe*, Copenhague.
- OMS, 2001, « Regional'naâ strategiâ VOZ v oblasti okhrani seksual'nogo i reproduktivnogo zdorov'â » [Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. *La stratégie régionale de l'OMS pour la planification familiale et la santé reproductive*], Copenhague.
- OMS, 1998, *Santé 21 – La santé pour tous au XXI^e siècle*, Série européenne de la Santé pour tous, n° 5; <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century>.
- ONU, 2013, « Monitoring programm s sfere narodonaseleniâ s osobim akcentom na novikh tendecijakh v oblasti migracii : demografičeskie aspekti. Komissiâ po narodonaseleniû i razvitiû » [Le suivi des programmes, concernant les nouvelles tendances du phénomène migratoire : les aspects démographiques], Fondations de l'ONU pour la population; http://sartracc.ru/Traffic/i.php?oper=read_file&filename=scien_rep/0069.htm [consulté le 22.09.2015].
- ONU, 1994, « Programma dejstvij meždunarodnoj konferencii po narodoneseleniû i razvitiû » [Compte rendu de la conférence internationale sur la population et son accroissement], New York, paragraphe 7.2.
- Programma innovacionnogo razvitiâ Respubliki Tadžikistan na period 2011-2020 g.* [Programme de développement innovant de la République du Tadjikistan 2011-2020], Douchanbé.
- Profilaktika ženskogo besplodiâ* [Prévention de la stérilité féminine], s.d., torvic.ru/bolezni-i-sostoyaniya/4mothers/profilaktika-zhenskogo-besplodiya [consulté le 19.01.2016].
- PAKHOMOV S. P., 2006, « Regional'nie osobennosti reproduktivnogo zdorov'â ženščin i faktori, sposobstvuûščie ikh formirovaniû » [Les particularités régionales de la santé reproductive des femmes et les causes de leur apparition]; <http://www.dissercat.com/content/regionalnye-osobennosti-reproduktivnogo-zdorovya-zhenshchin-i-factory-sposobstvuyushchie-ikh#ixzz3vivnlzn1>, [consulté le 29.09.2015].
- PETRAKOVA Y. N., 2011, « Otčet o vipolnenii Regional'noj strategii osuščestvleniâ Madridskogo meždunarodnogo plana dejstvij po problemam starenia v Respublike Belarus' » [Compte rendu de la réalisation du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement en Biélorussie], *Migraciâ v Belarusi*, Demoskop Weekly, n° 471-472.
- Poslanie Prezidenta Tadžikistana Èmomali Rakhmona* [Message du Président du Tadjikistan, Emomali Rakhmon], 2016, Douchanbé, [en langue tadjike].
- PROSKURÂKOVA O. L., 2007, « Adaptaciâ migrantov kak socialnij process » [L'adaptation des migrants comme processus social], *Vestnik Orenburgskogo gosudarstvennogo universiteta*, n° 4, pp. 58-63.

- RÂZANCEV Sergej & AKRAMOV Šarif, 2014, « Vliânie trudovoj migracii na zdorov'e migrantov v Rossii i ikh suprugov v Tadžikistane » [L'impact de la migration économique sur la santé de migrants en Russie et de leurs conjoints au Tadjikistan], *Vestnik Tadžikskogo gosudarstvennogo universiteta prava, biznesa i politiki*, n° 5 (61), pp. 189-197.
- RÂZANCEV Sergej & KARIMOV Mirzoakmal, 2013, « Vliânie trudovoj migracii na reproduktivnoe zdorov'e (na primere tađžikskih trudovykh migrantov v Rossii) » [L'impact de la migration économique sur la natalité et la santé reproductive (exemple des migrants économiques tadjiks en Russie)], *Vestnik Tadžikskogo gosudarstvennogo universiteta prava, biznesa i politiki*, 2 (54), p. 40-51.
- RÂZANCEV S. V., KOŽEVNIKOVA N. I. & AKRAMOV Š. U. *et al.*, 2013, « Vliânie trudovoj migracii na roždaemost' v Rossii i Moskve » [L'impact de la migration économique sur le taux de la natalité en Russie et à Moscou]. *Migracionnoe pravo*, n° 2; <http://www.center-bereg.ru/o761.htmlc> [consulté le 25.11.2015].
- RUSTAMOVA Mekhriniso, 2014, « Predgravidarnaâ podgotovka ženščin s nevinašivaniem beremennosti pri CMV infekcii » [La surveillance médicale des femmes enceintes infectées par le CMV], *Vestnik Avicenni*, vol. 3, n° 60, pp. 55-60.
- RUSTAMOVA Mekhriniso, 2003, « Prolaktinovie narušeniâ i ikh rol' v formirovanii reproduktivnogo zdorov'â ženščin » [Les troubles de la prolactine et leur rôle dans la santé reproductive des femmes], Thèse de doctorat en sciences médicales, Douchanbé.
- RUSTAMOVA Mekhriniso, MUMINOVA Šakhodat & ISTAMOVA Gulnora, 2010a, « Citomegalovirusnaâ infekciâ u ženščin s sindromom poteri beremennosti » [Les femmes infectées par le citomégalovirus et les fausses couches], *Mat' i ditâ*, n° 3 (5), pp. 78-79.
- RUSTAMOVA Mekhriniso, MUMINOVA Šakhodat, ISTAMOVA Gulnora *et al.*, 2010b, « Gormonal'nie i èndokrinnie aspekti nerazvivaûščejšâ beremennosti » [Les aspects hormonaux et endocriniens de la grossesse non-évolutive], *Mat' i ditâ*, n° 4 (6), pp. 15-24.
- SALIMOV Nusratullo, 2009, « Problemy bezopasnogo materinstva i detstva – perspektivy razvitiâ » [La maternité et l'enfance sans risque – perspectives de développement], *Mat' i ditâ*, n° 3, pp. 1-3.
- SIDEL'NIKOVA Vera, 2000, « Privičnaja poterâ beremennosti » [Les fausses couches répétées], Moscou : Triada-X.
- SMIRNOVA Svetlana, 2011, « Osobennosti adaptacii trudovykh migrantov iz stran Srednej Azii » [Les particularités d'adaptation sociale des migrants originaires d'Asie centrale], *Vestnik ŪRGU, Seriâ psikhologiâ*, n° 42 (259), pp. 94-100.
- STEPANOVA Rimma, RUSTAMOVA Mekhriniso, KAMILOVA Markhabo, 1999, « Rol' iskustvennogo aborta v nevynašivanii beremennosti » [Les avortements provoqués et les fausses couches], *Zdravookhranenie Tadžikistana*, n° 5, pp. 59-61.

- TUR SUNZODA Merkhrangez, 2015, « Uroven' bednosti v Tadžikistane » [Le taux de pauvreté au Tadjikistan]; <http://news.tj/ru/news/uroven-bednosti-v-tadzjikistane-sostavlyaet-32-cherta-bednosti-opredelena-v-158-somoni> [consulté le 27.11.2015].
- TÛRÛKANOVA E. V. (red), 2011, « Źenščiny-migranty iz stran SNG v Rossii » [Les femmes-migrantes issues des pays de la CEI en Russie], Moscou : MAXpress.
- USAID & Ministère de la Santé du Tadjikistan, 2012, *Mediko-demografičeskoe issledovanie Tadžikistana. Dušanbe*, [Enquête sur la situation médico-démographique du Tadjikistan], DHS (Demographic and Health Survey), Douchanbé.
- UNAIDS, 2010, « Fact Sheet Eastern Europe and Central Asia » ; http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2010/20100715_fs_eeca_en.pdf [consulté le 29.11.15].
- WEINE S., BAKHROMOV M. & LOUE S. *et al.*, 2013, “HIV Sexual Risk Behaviors and Multilevel Determinants among Male Labor Migrants from Tajikistan,” *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 15, n° 4, pp. 700-710.
- WEINE S.M. & KASHUBA A. B., 2012, “Labor Migration and HIV Risk: A Systematic Review of the Literature,” *AIDS & Behavior*, vol. 16, n° 6, pp. 1605-1621.

Résumé

Les migrations intérieures et internationales jouent un rôle cardinal sur les évolutions démographiques et socio-économiques. Elles peuvent entraîner une rapide détérioration de la santé des populations mais aussi l'apparition de pathologies propres à la santé reproductive. La limitation de l'accès des migrants aux services de santé et le manque de dépistages et de suivis médicaux des migrantes de travail contribue à augmenter l'incidence des maladies sexuellement transmissibles, du VIH/SIDA, la fréquence des pathologies inflammatoires de l'appareil génital, la stérilité, les fausses-couches, l'avortement. De plus, les risques accrus de complications durant la grossesse sont une réalité et peuvent se traduire notamment par une insuffisance fœto-placentaire, des problèmes d'hypertension, des naissances prématurées, des malformations congénitales, mais aussi l'augmentation des naissances hors mariage. Dans ce contexte fragile, assurer aux migrantes l'accès aux infrastructures médicales et à des soins de qualité, à travers la mise en place de mécanismes qui leur seraient dédiés apparaît comme un véritable défi qui permettrait d'améliorer considérablement la santé reproductive et la santé générale de l'ensemble de la population. Cet article dresse un état des lieux des différentes recherches effectuées sur ce sujet, il s'appuie sur les résultats issus d'enquêtes pour évaluer les conséquences du faible accès aux services de santé et des problèmes de qualité des soins, ce qui est lié notamment à leur coût élevé mais aussi à l'absence d'assurance médicale pour de nombreux migrants.

Mots-clés : migration, santé et comportements reproductifs, maternité, naissances, mortalité maternelle et périnatale, qualité des services de santé

Migration and reproductive health among migrants to Russia

Abstract

The article presents data about the increased migration processes, which contributes to the development, improvement of demographic indicators and poverty reduction, but at the same time contributes to the deterioration of women's reproductive health, violates the basic principle of social justice that ensures health for all socio-status groups and achievement of equality in the field of health.

The deterioration of reproductive health of immigrants under the influence of unfavorable migration factors has been established, including: a decrease in the birth rate, an increase in morbidity and mortality, complications of pregnancy and childbirth, perinatal morbidity and mortality, the frequency of abortions and gynecological diseases, sexually transmitted infections, including HIV/AIDS, and reducing the reproductive function of the population. Low accessibility and high cost of medical services, absence of medical insurance of migrants and restriction of access to quality medical services are noted.

Key words: migration, reproductive health, reproductive behavior, pregnancy, childbirth, maternal and perinatal mortality, quality medical services.

Миграция и репродуктивное здоровье женщин

Аннотация

В статье представлены данные об активизации процессов миграции, которая способствует развитию, улучшению демографических показателей и сокращению уровня бедности, но в то же время способствует ухудшению репродуктивного здоровья женщин, нарушает основной принцип социальной справедливости по обеспечению здоровья для всех социально-статусных групп населения и достижению равенства в сфере здоровья.

Установлено ухудшение репродуктивного здоровья переселенцев под влиянием неблагоприятных факторов миграции, в том числе: снижение рождаемости, повышение показателей заболеваемости и смертности, частоты осложнений беременности и родов, перинатальной заболеваемости и смертности, частоты аборт и гинекологических заболеваний, инфекций, передающихся половым путем, в том числе ВИЧ/СПИДа, и снижение репродуктивной функции населения. Отмечена низкая доступность и высокая стоимость медицинских услуг, отсутствие медицинского страхования мигрантов и ограничение доступа к качественным медицинским услугам.

Ключевые слова: миграция, репродуктивное здоровье, репродуктивное поведение, беременность, роды, материнская и перинатальная смертность, качественные медицинские услуги