

Trajectoires Migratoires Et Risques Infectieux : Impacts Systémiques Des Migrations Sur La Santé Publique

[Migratory Trajectories and Infectious Risks: Systemic Impacts of Migration on Public Health]

Ablakpa Jacob AGOBE¹, YAO Kouakou Albert², ANDOH Amognima Armelle Tania³

¹Maître de Conférences (CAMES)
Ecole Doctorale SCALL-ETAMP
Université Félix Houphouët-Boigny
Département de sociologie
Email : agobe.jacob42@ufhb.edu.ci
jacobagobe@yahoo.fr

²Université jean Lorougnon Guédé de Daloa
UFR: sciences sociales et humaines
Maître-assistant
Email: ykalbert@yahoo.fr

³Maître Assistant(CAMES)
Université Félix Houphouët-Boigny
Département de sociologie
Email : andoh.tania36@ufhb.edu.ci
armelletania26@gmail.com

Auteur correspondant : Ablakpa Jacob AGOBE



Résumé : En Côte d'Ivoire, les trajectoires migratoires internes comme transnationales reconfigurent profondément les espaces de santé et participent à l'émergence de risques infectieux à portée systémique. Cette recherche qualitative interroge les mécanismes socio-spatiaux par lesquels les mobilités humaines articulent densification urbaine, vulnérabilités structurelles et exposition différenciée aux pathologies transmissibles. À partir d'un cadre théorique ancré dans les sociologies de la globalisation, des inégalités de santé et des marges sociales, l'étude met en évidence la discordance

¹ **Brève biographie :** Ablakpa Jacob AGOBE, PhD Sociologie, Maître de Conférences en sociologie à l'Université Félix Houphouët-Boigny, articule production scientifique et engagement sociétal. Rattaché à l'École doctorale SCALL-ETAMP et au laboratoire ACAREFDELLA/AFRIQUE, il analyse, dans une posture épistémologique interdisciplinaire, les configurations sociales de la maladie chronique, de la santé sexuelle et reproductive et de l'alimentation. Auteur de plusieurs publications, il conjugue objectivation théorique et ancrage empirique afin de saisir les logiques sociales du bien-être. Par son rôle de Secrétaire Général Adjoint de l'ONG TUB-CI, il inscrit sa praxis sociologique dans la lutte contre la tuberculose, illustrant un positionnement hybride entre production de savoir et intervention sociale.

persistante entre la fabrique institutionnelle des politiques sanitaires et les réalités mouvantes des populations en circulation. Les dynamiques observées révèlent comment les agencements migratoires, loin d'être de simples flux démographiques, structurent la production, la diffusion et la gestion des risques infectieux dans un contexte d'instabilité sociale et organisationnelle.

Mots-clés : Mobilités humaines ; Risques infectieux ; Santé publique ; Surveillance épidémiologique ; Inégalités de santé ; Migration.

Abstract : In Côte d'Ivoire, migratory trajectories both internal and transnational significantly reshape health spaces and contribute to the emergence of infectious risks of a systemic nature. This qualitative research investigates the socio-spatial mechanisms through which human mobilities intertwine urban densification, structural vulnerabilities, and differentiated exposure to communicable diseases. Grounded in theoretical perspectives from the sociologies of globalisation, health inequalities, and social margins, the study highlights the persistent mismatch between the institutional design of public health policies and the shifting realities of populations on the move. The findings reveal how migratory configurations, far from constituting mere demographic flows, actively structure the production, circulation, and governance of infectious risks within a context of social and organisational instability.

Keywords: Human mobility; Infectious risks; Public health; Epidemiological surveillance; Health inequalities; Migration.

Introduction

L'examen de cet objet de recherche s'inscrit dans un contexte socio-sanitaire caractérisé par l'interdépendance des dynamiques migratoires, des inégalités structurelles et des capacités institutionnelles en recomposition. Carrefour migratoire en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire constitue un espace d'attraction pour des flux internes des zones rurales vers les centres urbains et transnationaux en provenance des pays limitrophes, lesquels participent à une reconfiguration accélérée des territoires urbains et des conditions d'accès aux services de santé. L'intensification de ces circulations humaines s'articule à des contextes résidentiels hétérogènes et à des dispositifs socio-spatiaux différenciés, façonnant les modalités d'exposition aux maladies infectieuses.

Les migrants, confrontés à des contraintes linguistiques, économiques et administratives, occupent des positions sociales variables au sein des configurations de soins et connaissent des parcours sanitaires pluralisés. Ces situations contribuent à la constitution de trajectoires de santé non linéaires, où les expériences de recours aux soins se structurent à l'intersection de ressources limitées, d'arrangements informels et de dispositifs institutionnels partiellement ajustés aux mobilités. Dans ce cadre, les pathologies telles que le VIH/SIDA, l'hépatite B, la tuberculose ou les infections respiratoires s'inscrivent dans des circulations épidémiologiques qui traduisent les agencements socio-urbains, les configurations résidentielles ou les pratiques d'habiter et les pratiques de mobilité, sans préjuger d'une causalité univoque.

Ce constat révèle un paradoxe structurel : les migrations, souvent appréhendées sous l'angle du développement et de l'intégration, deviennent aussi des vecteurs d'aggravation des vulnérabilités sanitaires. Les politiques publiques, centrées sur une approche biomédicale homogénéisant, échouent à intégrer les dimensions sociales, culturelles et spatiales de la mobilité. Cette inadéquation systémique met en lumière les limites des modèles de gouvernance sanitaire, incapables de répondre aux exigences d'une société en mouvement. D'où la problématisation suivante : comment les migrations influencent-elles les dynamiques épidémiologiques en contexte ivoirien, et selon quelles médiations sociales et institutionnelles ? Cette recherche vise à objectiver les mécanismes sociaux et institutionnels par lesquels les migrations reconfigurent les vulnérabilités sanitaires, en s'appuyant sur l'analyse fine des espaces urbains saturés et des zones frontalières. Elle entend proposer des leviers d'action adaptés, intégrant les réalités migratoires dans une refondation des politiques sanitaires à visée inclusive et équitable.

Ce cadre analytique vise à éclairer les décideurs sur les liens entre migration et santé, tout en appelant à une refonte des approches traditionnelles. Selon le rapport de l'Organisation panaméricaine de la santé et de l'OMS (2016), l'objectif de l'étude était d'évaluer l'impact des dynamiques migratoires sur la santé publique mondiale. La méthodologie mobilisée consistait en une analyse

documentaire et statistique des flux migratoires et de leurs effets sur les systèmes de santé des pays concernés. Les résultats mettent en évidence que la migration humaine constitue un défi majeur pour la couverture sanitaire universelle, notamment en raison des obstacles structurels à l'accès aux soins et de la vulnérabilité accrue des populations migrantes, exacerbée par la pauvreté, les conflits, les catastrophes naturelles ou les discriminations. La fragmentation familiale liée à la migration affecte plus d'un milliard de personnes dans le monde, soulignant l'ampleur du phénomène.

Les travaux de Lalou et Piché (2004) ont pour objectif d'explorer les liens entre migration et infection par le VIH/sida à partir d'une enquête qualitative combinant entretiens semi-directifs et analyse de documents de santé publique. Leurs résultats révèlent la complexité des perceptions sociales : les migrants sont tour à tour identifiés comme vecteurs de l'infection (« pathologie d'importation ») ou comme vulnérables dans leur pays d'accueil (« pathologie d'adaptation »). Cette dualité produit des effets contrastés sur les politiques publiques, oscillant entre stigmatisation et mesures de compassion.

Michel (2015) et Lucas (2005) s'intéressent, quant à eux, aux implications psychosociales de la migration. Leurs études, basées sur des enquêtes longitudinales et des analyses quantitatives de données sanitaires, montrent que les migrants présentent un risque accru de dépendances et de troubles psychiques liés aux conditions de vie instables, à l'isolement social et aux pressions économiques.

Enfin, bien que ces travaux reconnaissent l'importance des enjeux migratoires pour la santé publique, ils convergent sur un point méthodologique critique : la collecte insuffisante de données épidémiologiques et la faible granularité des informations disponibles limitent l'élaboration de politiques de santé adaptées et efficaces pour les populations en mobilité.

1. Ancrage théorique & méthodologique

L'analyse des dynamiques migratoires en Côte d'Ivoire et de leurs incidences sur la santé publique s'inscrit au croisement de plusieurs paradigmes théoriques majeurs. La théorie de la modernisation de Rostow (1960), qui conçoit le passage à la modernité comme un processus linéaire jalonné par l'urbanisation, la mobilité et l'intégration au marché global, a longtemps fourni le cadre analytique dominant. Elle a contribué à mettre en évidence la centralité des migrations internes et internationales dans la reconfiguration des infrastructures sanitaires urbaines, tout en révélant l'émergence de nouvelles vulnérabilités sanitaires liées à la densification urbaine, à la précarité résidentielle et à la segmentation de l'accès aux soins. Toutefois, cette conception évolutionniste, en postulant une homogénéité fictive des trajectoires sociales, a occulté les dynamiques d'hybridation culturelle et les formes d'agency locales structurant les usages différenciés de l'espace sanitaire.

À rebours de cette vision téléologique, les approches systémiques critiques, au premier rang desquelles l'économie-monde de Wallerstein (1974) et la théorie de la dépendance de Prebisch (1950) et Gunder (1967), ont permis de resituer les migrations ivoiriennes dans des rapports de domination globaux. Elles montrent que les mobilités humaines s'articulent à une intégration asymétrique au capitalisme transnational, génératrice d'externalités sanitaires nouvelles (circulation accélérée des pathogènes, marchandisation des soins, fragilisation des capacités de réponse sanitaire). Ces perspectives soulignent que les inégalités épidémiologiques dérivent d'une distribution inéquitable du pouvoir économique entre centre et périphérie. Mais en privilégiant les structures macro-systémiques, elles tendent à occulter la performativité des acteurs, les processus de négociation locale et les logiques d'encastrement social des pratiques de santé.

Pour dépasser ce réductionnisme structurel, d'autres théories ont réintroduit la matérialité sociale des parcours migratoires. La théorie des déterminants sociaux et relationnels de la santé développée par Link et Phelan (1995) a mis en exergue les médiations concrètes des conditions de vie sur les trajectoires morbides, expliquant l'exposition accrue des migrants ivoiriens à certaines pathologies par leur marginalisation socio-spatiale et statutaire. Les apports de Granovetter (1973) sur la force des liens faibles ont, quant à eux, rappelé que les réseaux migratoires constituent des infrastructures sanitaires informelles, susceptibles d'amplifier ou de juguler les risques épidémiques. Dans la même logique interactionniste, la théorie des « déterminants intersectionnels » (Crenshaw, 1989) éclaire l'hétérogénéité des expériences sanitaires en fonction des rapports imbriqués de genre, de classe, d'origine ethnique et de statut migratoire.

Par ailleurs, une lecture foucauldienne du biopouvoir (Foucault, 1976) montre que les migrations produisent une reconfiguration des modes de gouvernementalité sanitaire, où la régulation des populations mobiles devient un enjeu stratégique de contrôle épidémiologique et sécuritaire. Enfin, l'approche par la « gouvernance multi-niveaux » (Jessop, 1997) permet d'appréhender la pluralité des acteurs (État, collectivités locales, organisations internationales, dispositifs communautaires) qui façonnent les réponses sanitaires dans un contexte migratoire.

Dès lors, seule une approche intégrative articulant structures globales, dispositifs institutionnels, économies morales de la santé (Fassin, 2000) et pratiques situées permet de saisir la complexité socio-sanitaire des mobilités humaines en Côte d'Ivoire. Elle montre que les migrations ne relèvent ni d'une simple transition vers la modernité ni d'une fatalité structurelle, mais d'un champ de forces multiscalaires où se redéfinissent en permanence vulnérabilités, ressources et régimes de protection sanitaire.

La méthodologie adoptée s'est inscrite dans une approche qualitative, articulant des considérations théoriques, empiriques et contextuelles propres aux dynamiques migratoires en Côte d'Ivoire. Le choix des sites d'étude, à savoir la métropole abidjanaise et certaines zones frontalières (notamment celles limitrophes du Libéria, du Burkina Faso et du Mali), s'est justifié par leur statut de pôles migratoires majeurs, tant en termes de transit que de fixation résidentielle. Ces espaces, caractérisés par une diversité socioculturelle et un brassage de populations, avaient constitué des terrains propices à l'analyse des interactions entre mobilités humaines et enjeux sanitaires. La temporalité de trois mois a été retenue pour permettre une immersion suffisamment dense, favorisant la conduite d'entretiens semi-directifs et de focus groups avec des catégories d'acteurs stratégiques : migrants internes et internationaux, professionnels de la santé publique, autorités locales et communautaires. Le recours à un échantillonnage raisonné combiné à la méthode boule de neige avait permis d'accéder à une diversité de trajectoires migratoires et de positions institutionnelles, tout en contournant les barrières d'accès aux groupes marginalisés ou en situation de vulnérabilité. L'usage d'outils d'enquête variés (guide d'entretien, carnet de terrain, enregistreur audio) a garanti une triangulation des données et une finesse d'observation des contextes sociaux locaux.

L'analyse des matériaux empiriques avait reposé sur une transcription intégrale des corpus enregistrés, suivie d'une codification thématique inductive à l'aide du logiciel Atlas.ti. Cette méthode avait permis d'identifier des régularités discursives autour de thématiques telles que l'accès différencié aux soins, les logiques de stigmatisation sanitaire, ou encore les processus de diffusion épidémiologique liés à la mobilité. L'interprétation sociologique de ces données s'était attachée à relier les pratiques sanitaires aux conditions sociales d'existence des migrants, en croisant les récits individuels avec les contraintes structurelles identifiées sur les terrains d'enquête. Toutefois, plusieurs limites méthodologiques ont été reconnues : des biais de sélection avaient pu affecter la représentativité de certains groupes, notamment les migrants en situation irrégulière ; la durée limitée du terrain avait restreint l'exploration de certaines dynamiques temporelles ; enfin, l'immersion sur le terrain pu induire des effets de désirabilité sociale dans les réponses. En dépit de ces limites, cette approche méthodologique a généré un corpus qualitatif, susceptible de révéler les déterminants sociaux de la santé en contexte migratoire et d'informer l'élaboration de politiques publiques en adéquation avec les spécificités socio-territoriales de la Côte d'Ivoire.

2. Résultats

2.1. Mobilités migratoires et production sociale des risques sanitaires : une analyse des trajectoires migratoires transnationales et internes

L'analyse a révélé que les dynamiques migratoires restructuraient les vulnérabilités sanitaires, touchant maladies infectieuses (paludisme, tuberculose, VIH/SIDA) et affections non transmissibles (diabète, hypertension). Les circulations humaines ont intensifié la dissémination pathologique intra- et interterritoriale. Cette propagation s'est articulée à des déterminants sociaux marqués par la précarité : accès restreint aux soins, insécurité alimentaire, insalubrité des logements. Ces facteurs ont amplifié les risques sanitaires et favorisé la transmission communautaire, illustrant les inégalités systémiques en santé migratoire.

« L'an dernier, j'ai embauché dans mon champ de cacao, trois burkinabés qui venaient fraîchement d'arriver du Burkina Faso. On ne savait pas que l'un d'eux avait la tuberculose. Ce

dernier a pratiquement contaminé tous les autres travailleurs avec lesquels, il vit dans le campement où, ils sont logés pour les travaux pour le champ, qui leur sont confiés. Quand, la toux était généralisée, cela m'a interpellé. Je les ai envoyés en ville pour un test à l'hôpital. Et, le résultat était positif à la tuberculose. Quelques jours après le test, c'est là, le nouveau employé s'est confié à moi, qu'il avait la toux depuis le Burkina avant de venir chercher du boulot en Côte d'Ivoire ». T.L, 51, ans.

Cette configuration épistémologique mobilise une pluralité de dimensions sociologiques fondamentales, articulant les rapports entre mobilité migratoire, vulnérabilités structurelles et dynamiques interactionnelles au sein des collectifs sociaux. Les trajectoires migratoires des travailleurs, tels que les Burkinabés évoqués dans ce récit, s'inscrivent dans des logiques économiques transnationales où la quête d'opportunités s'articule avec des conditions de précarité et d'exposition différenciée aux risques sanitaires. Ces individus s'insèrent majoritairement dans des emplois informels caractérisés par l'absence de protection sociale et de régulation, tandis que leur habitat dans des campements improvisés, en marge des zones urbaines, reflète des déficits structurels en matière d'aménagement et de politiques publiques inclusives. Ces environnements, marqués par des normes sanitaires dégradées, constituent des espaces favorables à la circulation de pathologies transmissibles, traduisant la mise en tension des systèmes de santé face aux besoins spécifiques de populations en mobilité.

La circulation de maladies telles que la tuberculose met en lumière des lacunes récurrentes des dispositifs de santé publique, en particulier dans les zones rurales ou informelles où les infrastructures médicales demeurent limitées. Les travailleurs migrants, occupant des positions structurellement périphériques, connaissent un accès restreint aux dispositifs préventifs et curatifs, donnant lieu à des trajectoires sanitaires fragmentées et pluralisées. Cette invisibilité relative n'est pas seulement technique, mais s'inscrit dans des arrangements sociaux et spatiaux qui hiérarchisent les corps et orientent l'attention institutionnelle, reproduisant des inégalités structurelles au sein de l'organisation sociale et sanitaire.

Les réponses ponctuelles des employeurs, telles que l'orientation vers un établissement médical, illustrent une logique réactive, davantage conditionnée par les impératifs économiques immédiats que par une prise en charge systémique de la santé des travailleurs. Ce modèle de travail, caractérisé par la primauté des logiques productives sur le bien-être, reflète les dynamiques propres aux économies informelles et souligne les tensions entre rationalité économique et responsabilités sociales. Dans ce cadre, la valeur des travailleurs est souvent mesurée à l'aune de leur productivité, reléguant les considérations de santé et de sécurité à une dimension subsidiaire.

Les comportements des travailleurs, tels que la rétention volontaire d'informations sur leur état de santé, traduisent des mécanismes sociaux de préservation du statut professionnel face à la peur de stigmatisation ou de perte d'emploi. Ce silence est inséré dans un contexte de contraintes structurelles et économiques qui orientent les pratiques individuelles, renforçant les circulations de maladies et révélant l'insuffisance des dispositifs institutionnels pour concilier sécurité économique et santé publique.

Ces dynamiques s'inscrivent également dans un cadre postcolonial où des rapports historiques asymétriques structurent les relations de travail entre la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso. Les travailleurs burkinabés, positionnés dans des statuts subalternes, incarnent la continuité de hiérarchisations économiques et symboliques héritées de l'ordre colonial. Ces rapports, au croisement des héritages coloniaux et des logiques néolibérales contemporaines, reproduisent des formes de marginalisation et d'inégalités structurelles, tant dans les conditions de travail que dans les parcours résidentiels et sanitaires.

En définitive, l'analyse souligne l'insuffisance des régulations encadrant l'emploi informel et la santé publique, révélant des carences structurelles dans la gouvernance des enjeux migratoires et sanitaires. L'élaboration de politiques publiques intégrées, combinant dépistage systématique et amélioration des conditions matérielles et sanitaires, apparaît comme un levier essentiel pour répondre aux vulnérabilités structurelles, réduire les inégalités et assurer un équilibre entre mobilités économiques et protection sanitaire. Cette narration met en évidence l'interdépendance complexe entre migration, santé publique et inégalités

socioéconomiques, soulignant comment les trajectoires migratoires, souvent motivées par des enjeux économiques, se confrontent à des institutions inadaptées et à des logiques structurelles qui façonnent la vulnérabilité des populations mobiles.

2.2. Gouvernement des mobilités et économie sociale de la santé : la fabrique des risques au prisme des migrations

L'enquête a révélé que les conditions de vie précaires des populations migrantes, en mobilité interne ou transnationale, structurent leur vulnérabilité sanitaire. Relégués dans des espaces périphériques ou informels, ces groupes subissent la surdensité, l'insalubrité et l'accès limité à l'eau potable et aux soins. Ce déficit infrastructurel, conjugué à une exclusion institutionnelle, amplifie leur exposition aux risques sanitaires, contribuant ainsi à la reproduction des inégalités structurelles en matière de santé.

« À Abidjan, des quartiers comme Abobo accueillent des populations migrantes dans des logements précaires où des épidémies de choléra peuvent se déclarer en raison du manque d'assainissement ».

D.J, 49 ans.

Cette situation s'inscrit dans une configuration sociale complexe, susceptible d'être appréhendée à partir de catégories d'analyse sociologique mobilisant des cadres théoriques et empiriques issus des traditions critiques en sciences sociales. Elle requiert une lecture centrée sur les notions de vulnérabilité structurelle, de domination symbolique, de précarisation des mobilités et d'inégal accès aux ressources sanitaires dans un contexte de mondialisation des risques. L'analyse dépasse l'interprétation factuelle des dynamiques migratoires et vise à comprendre les logiques sociales qui produisent des asymétries en matière de reconnaissance, de protection institutionnelle et de prise en charge sanitaire, révélant des rapports sociaux différenciés marqués par la marginalisation systémique et l'invisibilité sociale dans l'organisation des structures d'accueil.

Les inégalités sociales et économiques constituent un facteur central. Les migrants, souvent issus de milieux défavorisés, disposent de ressources économiques, culturelles et sociales limitées, ce qui accroît leur exposition aux risques sanitaires. Comme le montre Bourdieu (1979) à travers ses concepts de capital social et culturel, les conditions matérielles de vie influencent directement la santé et le bien-être, reproduisant les inégalités sociales. Dans des quartiers tels qu'Abobo, accueillant des populations migrantes, l'insuffisance des infrastructures publiques (accès à l'eau potable, assainissement, soins de santé) crée un environnement propice à la circulation des pathologies infectieuses, renforçant les disparités socio-sanitaires.

La précarité urbaine liée aux migrations constitue un autre vecteur de vulnérabilité. Selon Harvey (1985, 2012), la croissance urbaine rapide et non régulée produit une « spatialisation de l'inégalité », où les migrants se trouvent majoritairement dans des bidonvilles ou des quartiers surpeuplés avec des conditions sanitaires médiocres. Le manque d'infrastructures de santé et d'assainissement favorise la propagation de maladies transmissibles, illustrant comment la précarité matérielle et résidentielle structure les risques sanitaires.

Le rôle de l'État et la gouvernance urbaine s'avèrent déterminants dans ces dynamiques. Foucault (1976) souligne les relations entre pouvoir et population, notamment dans la gestion de la santé publique. L'absence de gouvernance efficace dans les quartiers populaires reflète une distance institutionnelle entre les autorités et les populations marginalisées, générant un déséquilibre structurel entre zones urbaines privilégiées et périphéries exposées à des risques sanitaires élevés.

Le concept de « milieu de vie », tel que mobilisé par Durkheim (1895, 1897), permet d'appréhender comment les conditions matérielles influencent les comportements sociaux et la cohésion communautaire. Dans des environnements insalubres, où les services de santé sont insuffisants et les conditions de vie précaires, l'isolement social et la stigmatisation peuvent s'intensifier, amplifiant les inégalités et fragilisant l'intégration sociale des migrants.

En somme, l'impact des épidémies illustre les limites de la gestion publique de la santé. Piketty (1997) montre que les structures économiques conditionnent l'accès aux biens communs, tels que l'eau et l'assainissement, accentuant l'exposition des populations vulnérables aux crises sanitaires. À Abobo, la marginalisation des migrants et l'insuffisance des infrastructures publiques renforcent la précarité et favorisent la propagation de maladies, révélant la corrélation entre inégalités structurelles, ségrégation urbaine et risques sanitaires.

Ainsi, l'émergence d'épidémies dans ce contexte urbain traduit la convergence de facteurs sociaux, économiques et institutionnels qui façonnent les trajectoires sanitaires des populations migrantes, mettant en évidence la manière dont la marginalisation et les inégalités structurelles structurent la vulnérabilité face aux risques de santé publique.

2.3. Dynamiques socioterritoriales des trajectoires migratoires et leur rôle dans la production des espaces à risque sanitaire

L'enquête a permis de cartographier les zones géographiques et les trajectoires migratoires particulièrement vulnérables à la propagation des maladies, en mettant en évidence les complexes dynamiques qui lient les mouvements migratoires aux risques sanitaires. Les flux migratoires, qu'ils soient internes ou transnationaux, exercent une pression considérable sur les infrastructures de santé existantes, tant en milieu urbain que rural, en Côte d'Ivoire. Cette concentration démographique, souvent rapide et désorganisée, engendre des situations de surcharge des services de santé, favorisant ainsi l'émergence de foyers épidémiques. L'augmentation de la population migrante dans ces régions fragilise les capacités d'accueil et de traitement, amplifiant la diffusion de maladies infectieuses et non transmissibles.

« Les trajectoires migratoires reliant les zones rurales du nord de la côte d'Ivoire aux grandes villes comme Bouaké ou Abidjan sont des corridors où le paludisme ou la bilharziose sont fréquemment signalés, en raison des conditions sanitaires inadéquates » F.D, 53 ans.

Les trajectoires migratoires reliant les zones rurales du nord de la Côte d'Ivoire aux grandes villes telles que Bouaké et Abidjan, où des maladies infectieuses comme le paludisme et la bilharziose sont endémiques, peuvent être appréhendées à travers des cadres sociologiques critiques. Une analyse approfondie permet de saisir les dynamiques sociales et spatiales sous-jacentes à cette réalité sanitaire.

Les migrations internes témoignent d'inégalités structurelles d'accès aux soins et aux conditions sanitaires. Les personnes issues de milieux défavorisés disposent souvent de ressources sociales, culturelles et économiques limitées, ce qui accroît leur vulnérabilité face aux risques sanitaires. La mobilité vers les centres urbains ne garantit pas de meilleures conditions de vie : elle conduit fréquemment à l'installation dans des quartiers précaires, mal équipés pour accueillir de nouveaux arrivants, ce qui intensifie l'exposition aux maladies transmissibles. Par ailleurs, les contraintes environnementales dans les zones rurales, proximité d'eaux stagnantes, insuffisance de l'assainissement favorisent la prévalence de pathologies telles que le paludisme ou la bilharziose, qui peuvent persister ou se diffuser en milieu urbain en l'absence d'infrastructures sanitaires adaptées.

La gestion des populations et l'organisation de la santé publique s'inscrivent dans des dispositifs de pouvoir qui participent à la régulation des risques sanitaires. Dans le contexte ivoirien, la difficulté de l'État à assurer un maillage territorial efficace en services de santé, aussi bien dans les campagnes que dans les villes, conduit à une marginalisation des personnes migrantes. Cette insuffisance institutionnelle laisse perdurer des asymétries de protection et de reconnaissance, exposant certaines catégories de population à une plus forte vulnérabilité infectieuse.

Les inégalités géographiques constituent également un déterminant majeur de la santé. Les axes migratoires reliant les zones rurales aux pôles urbains deviennent des espaces où se cumulent pauvreté, insalubrité et manque d'accès aux services sanitaires. Des infrastructures médicales insuffisantes, une prévention limitée et l'absence de dispositifs de prise en charge ou de vaccination renforcent la circulation des maladies endémiques, structurent la précarité sanitaire et fragilisent davantage les populations migrantes.

Les conditions de logement, l'accès à l'eau potable, aux systèmes d'assainissement et à l'éducation sanitaire jouent un rôle direct dans l'exposition aux maladies infectieuses. En situation migratoire, le manque de soutien institutionnel accentue les disparités sanitaires, exposant les individus à de nouveaux risques tout en perpétuant la présence de pathologies telles que le paludisme ou la bilharziose. Ces migrations internes révèlent ainsi la persistance d'inégalités sociales et territoriales qui influencent fortement la santé des populations.

En somme, la solidarité communautaire joue un rôle partiel dans la résilience des populations migrantes. Les réseaux informels peuvent compenser l'absence de services de santé en milieu rural, mais leur efficacité se réduit dans les contextes urbains marqués

par l'isolement et l'invisibilité institutionnelle. Ces trajectoires sociales fragmentées révèlent des inégalités structurelles persistantes dans l'accès aux soins et soulignent la nécessité d'une réponse systémique et étatique pour contenir les risques sanitaires et réduire les disparités liées aux migrations internes.

2.4. Gouvernance préventive et circulations transfrontalières : une analyse des vulnérabilités sanitaires migratoires

L'analyse a mis en évidence les contraintes structurelles pesant sur les campagnes de santé publique face aux mobilités transfrontalières. Les déplacements temporaires et informels entre la Côte d'Ivoire et ses pays voisins rendent difficile l'intégration des migrants dans les dispositifs sanitaires. Faiblement recensés, souvent inaccessibles, ces groupes échappent aux stratégies de prévention, ce qui accroît leur vulnérabilité face aux maladies transmissibles et fragilise les efforts de surveillance épidémiologique.

« Lors de la campagne de vaccination contre la rougeole en 2022, les autorités sanitaires ivoiriennes ont eu du mal à atteindre les enfants migrants dans les zones transfrontalières du nord du pays ». G.M, 47 ans.

L'inaccessibilité partielle des enfants migrants aux dispositifs de vaccination contre la rougeole dans les zones transfrontalières du nord de la Côte d'Ivoire, observée lors de la campagne de 2022, illustre une configuration socio-sanitaire marquée par des logiques d'exclusion et de marginalisation institutionnelle. Cette situation révèle la fragmentation territoriale de l'action publique, la précarité sanitaire et les formes inégales d'intégration aux dispositifs de prévention. L'analyse sociologique met en lumière les facteurs sociaux, économiques, culturels et institutionnels qui influencent l'accès à la vaccination.

Les inégalités sociales jouent un rôle déterminant. Les enfants migrants, issus de milieux ruraux défavorisés, disposent de ressources limitées et restent souvent invisibles aux yeux des politiques publiques en raison de leur mobilité et de l'absence d'enregistrement administratif. Ces conditions restreignent leur participation aux campagnes de vaccination et réduisent l'impact des interventions sanitaires, aggravant les disparités dans l'accès aux soins.

La régulation de la santé publique repose sur des dispositifs étatiques qui visent à contrôler et protéger les populations. Dans les zones transfrontalières, marquées par un contrôle administratif partiel et des frontières poreuses, les mécanismes de régulation sanitaire peinent à s'appliquer. Les déplacements fréquents et l'invisibilité administrative des migrants limitent l'efficacité des dispositifs vaccinaux et révèlent les limites de la protection collective dans des contextes institutionnellement fragiles.

La réticence et la méfiance envers les autorités impactent également la participation aux campagnes vaccinales. Dans ces territoires éloignés des centres décisionnels, la défiance envers les institutions sanitaires peut freiner l'adhésion aux programmes publics, alimentée par l'incertitude liée au statut migratoire et par une faible intégration administrative.

Les disparités géographiques constituent un autre levier explicatif. L'isolement des zones transfrontalières, le déficit d'infrastructures, la rareté des structures de santé et les difficultés de transport limitent l'accessibilité des centres de vaccination et structurent la vulnérabilité des populations. La mobilité constante et les contraintes logistiques compliquent encore l'organisation et le déploiement des interventions sanitaires.

La gouvernance territoriale, souvent insuffisamment inclusive, peine à intégrer les populations migrantes dans les dispositifs de protection sanitaire. L'absence de mécanismes institutionnels adaptés à la forte mobilité des familles migrantes empêche une prise en charge équitable, soulignant les limites de la capacité étatique à assurer la santé pour tous.

Les réseaux sociaux migratoires, bien que sources de promiscuité et donc potentiels vecteurs de transmission pathologique, jouent un rôle ambivalent. Ils peuvent constituer des canaux efficaces pour la diffusion d'informations sanitaires ou pour la mobilisation autour d'initiatives telles que les cliniques mobiles. Ainsi, les dynamiques communautaires peuvent à la fois renforcer la vulnérabilité et soutenir les efforts de prévention.

L'espace de vie et de travail des migrants conditionne leur exposition aux risques sanitaires, mais aussi leur capacité de résilience. La densité et la précarité des conditions d'habitat favorisent la propagation des maladies infectieuses, tout en offrant un cadre d'organisation collective autour des soins et de l'entraide.

2.6. Biopolitique inclusive et gouvernance sanitaire des mobilités

L'immersion sociologique sur le terrain a permis de formuler des propositions articulées autour d'une gouvernance sanitaire sensible aux dynamiques migratoires. L'enjeu central réside dans l'articulation entre veille épidémiologique réactive et accessibilité structurelle aux soins dans les zones à forte densité migratoire. Cela suppose le renforcement des capacités locales, la formation des acteurs de santé, et le déploiement de dispositifs mobiles. L'inclusion des migrants dans les systèmes sanitaires formels, via des stratégies communicationnelles culturellement et linguistiquement adaptées, participe à désamorcer les logiques de marginalisation sanitaire et à instaurer une équité d'accès aux services, indépendamment du statut migratoire des populations concernées.

« À San Pedro, un port accueillant des migrants internationaux, la mise en place d'un centre de santé communautaire pour dépister les maladies infectieuses (hépatite B, VIH) a réduit les risques de propagation dans la région ». Y.N, 55 ans.

La situation observée à San Pedro, où l'implantation d'un centre de santé communautaire a contribué à limiter la propagation de maladies infectieuses telles que l'hépatite B et le VIH, peut être analysée à travers les concepts de santé publique, de solidarité sociale et de régulation biopolitique. Cette perspective permet de saisir les logiques collectives qui soutiennent la mobilisation communautaire et la structuration des dispositifs de prévention dans un contexte de vulnérabilité épidémiologique.

La communauté occupe une place centrale dans cette dynamique, à travers une forme de solidarité fondée sur l'interdépendance des individus dans un espace social diversifié. Le centre de santé à San Pedro incarne cette cohésion, en réunissant migrants, populations locales et acteurs sanitaires autour d'un objectif commun : réduire la circulation des infections. Il constitue un nœud d'échanges d'informations, un lieu de soutien collectif et un espace où les pratiques préventives deviennent des normes partagées, renforçant ainsi la cohésion sociale autour des enjeux de santé.

La dimension biopolitique du dispositif apparaît dans la capacité du centre à influencer les comportements sanitaires. En encourageant le dépistage, la prévention et l'accès aux soins, il contribue à la normalisation des pratiques protectrices, tout en participant à une régulation discrète mais efficace de la santé publique. L'articulation entre surveillance sanitaire, accompagnement éducatif et mobilisation communautaire renforce la sécurité sanitaire collective.

Les inégalités sociales influencent fortement l'accès aux soins. Les migrants à San Pedro, souvent en situation de précarité, font face à des obstacles économiques, sociaux et administratifs. La proximité et l'accessibilité du centre communautaire permettent toutefois de réduire ces barrières. Les réseaux de solidarité locaux facilitent la diffusion de l'information et renforcent l'adhésion aux pratiques de prévention, ce qui améliore l'efficacité de l'intervention.

La gouvernance sanitaire locale contribue également à la réduction des risques. Le centre illustre une réponse contextualisée aux menaces épidémiologiques, combinant inclusion des groupes marginalisés et coordination des actions sanitaires. Dans un environnement où les infections virales représentent un enjeu majeur, cette approche inclusive participe à limiter la vulnérabilité et à promouvoir l'équité en santé.

En somme, les réseaux sociaux jouent un rôle essentiel dans la circulation de l'information sanitaire. Le centre de santé facilite la communication entre les acteurs, permettant de surmonter les barrières culturelles ou linguistiques et de mobiliser efficacement la population autour des pratiques préventives. La proximité du dispositif et l'existence de relais communautaires contribuent à l'adhésion et à la mise en œuvre des recommandations sanitaires.

3. Discussion

L'analyse des effets des migrations internes et internationales sur la santé publique en Côte d'Ivoire révèle l'imbrication des dynamiques sociales, économiques et sanitaires. Les mobilités humaines, motivées par des raisons économiques ou des déplacements contraints, engendrent des zones de forte interaction, propices à la diffusion des maladies infectieuses. Ces espaces, souvent précaires et surpeuplés, posent un défi aux dispositifs de santé publique déjà fragilisés. Les migrants, confrontés à un accès restreint aux soins, cumulent vulnérabilité institutionnelle, économique et culturelle. Parallèlement, les populations hôtes perçoivent parfois la présence migrante comme une pression supplémentaire sur les ressources sanitaires. Ces tensions traduisent des

déséquilibres structurels profonds, liés à une gouvernance fragmentée et à l'inégalité territoriale d'accès aux infrastructures. L'étude souligne également le manque de coordination et de données fiables entre les échelons administratifs, compromettant l'efficacité des politiques. Une réponse systémique, inclusive et intersectorielle est indispensable pour construire une santé publique durable face aux mobilités croissantes.

Au regard des résultats empiriques préalablement analysés, notre propos s'adosse désormais à une économie discursive articulée autour des configurations pratiques des parcours migratoires et des spatialités sanitaires à haut risque, envisagées comme des matrices socio-territoriales où se conjoignent production structurelle de la précarité, différenciation épidémiologique des territoires et gouvernement des mobilités. Le résultat selon lequel *les trajectoires migratoires vulnérables renforcent les risques sanitaires en Côte d'Ivoire* s'inscrit dans un ensemble de dynamiques sociales multiscalaires, où les déterminants structurels, spatiaux, symboliques et politiques interagissent dans la production des maladies.

D'abord, cette vulnérabilité trouve ses racines dans une distribution inégale des ressources à travers l'espace social. Bourdieu (1979), la précarité sanitaire découle des inégalités de capital économique, social et culturel ; les migrants, souvent issus des fractions populaires dominées, cumulent des désavantages qui limitent leur accès aux soins. On retrouve ici un processus de reproduction des inégalités déjà analysé par Bourdieu & Passeron (1964), où les trajectoires sont largement déterminées par la position sociale d'origine.

Cette distribution inégale prend également une dimension spatiale. Les travaux d'Harvey (1973, 2006) montrent que les dynamiques urbaines capitalistes créent une géographie de la domination : l'allocation sélective des infrastructures sanitaires dans les centres urbains favorise les populations intégrées au marché, reléguant les migrants à des marges précaires. En Côte d'Ivoire, cette logique produit des territoires sanitaires inégalement équipés, amplifiant les vulnérabilités.

La vulnérabilité des migrants doit aussi être comprise au prisme des rapports de pouvoir globaux. Wallerstein (1974), Prebisch (1950) et Gunder (1967) ont montré que les mobilités Sud-Nord et Sud-Sud s'inscrivent dans une économie-monde hiérarchisée, où les périphéries comme la Côte d'Ivoire subissent une dépendance structurelle. Les fragilités sanitaires qui en résultent représentent, comme le suggère Dollar (2001), une *externalité* de la mondialisation dans des systèmes de santé insuffisamment consolidés.

En parallèle, les migrations s'articulent à des modes spécifiques de gouvernementalité sanitaire. Foucault (1976, 2004a, 2004b) démontre que l'État régule stratégiquement les populations jugées "à risque". Les migrants deviennent ainsi des cibles de surveillance épidémiologique plutôt que des sujets de droits sanitaires, ce que Fassin (2000) analyse comme une économie morale de la santé structurant l'accès différentiel aux soins.

Les facteurs relationnels apportent un éclairage complémentaire. La marginalisation socio-spatiale et statutaire entraîne une exposition accrue aux pathologies, conformément à la théorie des *causes fondamentales* de Link et Phelan (1995). Toutefois, comme le montre Granovetter (1973), les réseaux migratoires peuvent aussi constituer des infrastructures de soutien et de soin, même si elles présentent parfois des risques de diffusion pathogénique (Lalou & Piché, 2004).

La vulnérabilité n'est pas homogène : Crenshaw (1989) rappelle que les conditions sanitaires se différencient selon le genre, la classe, l'origine ethnique ou le statut administratif. En Côte d'Ivoire, les femmes migrantes en situation précaire cumulent souvent plusieurs formes de domination, accentuant leur exposition sanitaire, notamment en matière de santé reproductive (Lalou & M'sellati, 2007).

Enfin, cette pression sanitaire doit être pleinement reliée aux transformations contemporaines des mobilités. Pour Castells (2001), les migrations s'inscrivent dans une société réticulaire où les flux se multiplient ; mais comme le souligne Dumont (2020) dans le cas de la Covid-19, l'*hypermobilité* mal encadrée génère des risques épidémiques majeurs lorsque les systèmes sanitaires sont inégaux.

Ainsi, la précarité sanitaire observée chez les migrants en Côte d'Ivoire ne relève ni du hasard ni d'un déficit individuel de prévention. Elle constitue le produit d'une configuration sociale où se croisent inégalités, domination et gestion différenciée des

populations. D'abord, comme l'a montré Bourdieu (1979), les rapports sociaux inégalitaires structurent les conditions d'existence et l'accès différencié aux biens les plus fondamentaux, dont la santé ; les migrants, souvent assignés aux positions les plus dominées du champ social, cumulent ainsi capitaux faibles, insécurité résidentielle et absence de protection sociale. À cette dimension s'ajoute ce que Harvey (1973, 2006) qualifie de « logiques spatiales de la domination » : la concentration des services de santé dans les centres urbains profitant aux populations les mieux intégrées, tandis que les périphéries, zones de transit ou quartiers d'installation précaire restent relégués dans un sous-équipement chronique.

Sur le plan macrosocial, Wallerstein (1974) et Prebisch (1950) rappellent que les mobilités africaines s'inscrivent dans une division internationale du travail qui produit des formes structurelles de dépendance. Ces migrations internes comme transnationales soutiennent les économies dominantes, tout en fragilisant l'accès aux soins des individus contraints à circuler dans un espace sanitaire inégalement intégré. Par ailleurs, la gestion politique différenciée des corps, analysée par Foucault (1976, 2004) et approfondie par Fassin (2000), révèle que les migrants constituent un objet privilégié de contrôle sanitaire : dépistages ciblés, restrictions de mobilité ou absence de droits effectifs à la santé traduisent une biopolitique sélective qui hiérarchise les vies dignes d'être protégées.

Cependant, malgré ce processus social de production de vulnérabilités, la migration ne se réduit pas à une condition de dépossession. Les travaux de Granovetter (1973) sur les « liens faibles » et de Link & Phelan (1995) sur les causes sociales fondamentales de la maladie montrent que les réseaux relationnels, parfois instables et informels, peuvent constituer des ressources essentielles d'information, de soins ou de survie sanitaire tout en exposant à des risques accrus. Enfin, la perspective de Crenshaw (1989) permet de saisir comment les inégalités se cumulent et s'entrecroisent statut migratoire, classe sociale, genre, appartenance ethnique intensifiant les obstacles aux soins et la stigmatisation.

Dans cette perspective, la migration apparaît comme un champ de tensions, où se reconfigurent continuellement vulnérabilités, ressources et droits à la protection sanitaire. Ce n'est donc pas le migrant en tant qu'individu qui est responsable de sa précarité, mais bien un ensemble de rapports sociaux, politiques, économiques et territoriaux qui produisent la marginalité sanitaire et en façonnent les formes contemporaines en Côte d'Ivoire.

Conclusion

Les résultats de cette étude démontrent que les mobilités internes et transnationales en Côte d'Ivoire participent à la reconfiguration des vulnérabilités sanitaires en renforçant les inégalités structurelles préexistantes. Les migrants, confrontés à une précarité résidentielle, économique et institutionnelle, se trouvent exposés à des environnements où coexistent promiscuité, déficits d'assainissement, accès limités à l'eau potable et aux soins. Ces conditions constituent des matrices de risques favorisant la circulation des maladies infectieuses telles que la tuberculose, le paludisme ou le choléra, ainsi que l'émergence de maladies non transmissibles dans des espaces caractérisés par un maillage sanitaire insuffisant. Les corridors migratoires, notamment entre les zones rurales du nord et les pôles urbains, structurent des territoires de vulnérabilités différenciées où se manifestent les effets cumulés de la marginalisation, de l'invisibilité sociale et de l'absence de régulation publique inclusive.

Face à cette configuration, l'analyse sociologique révèle que les dispositifs de santé demeurent largement inadaptés pour répondre aux dynamiques de mobilité et aux besoins spécifiques des populations migrantes. La fragmentation institutionnelle, la faible couverture des programmes de prévention dans les zones frontalières et la marginalisation administrative des migrants compromettent la surveillance épidémiologique et la mise en œuvre d'une protection sanitaire équitable. Dès lors, une refondation de la gouvernance sanitaire apparaît nécessaire : elle doit articuler renforcement des infrastructures, décloisonnement des politiques sectorielles et stratégies de proximité fondées sur la participation communautaire et l'inclusion des migrants dans les systèmes de soins. C'est à cette condition que les mobilités, souvent génératrices de progrès économique, pourront cesser d'être un vecteur de vulnérabilités sanitaires et devenir un levier d'équité et de résilience en santé publique.

References

- [1]. Bourdieu, P. (1979). *La distinction : Critique sociale du jugement*. Éditions de Minuit.
- [2]. Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (1964). *Les héritiers : Les étudiants et la culture*. Éditions de Minuit.
- [3]. Castells, M. (2001). *La société en réseaux*. Fayard.
- [4]. Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- [5]. Dollar, D. (2001). De la politique à l'action : La mondialisation est-elle bonne pour votre santé ? *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 79(9), 82–89. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/71438/RA_2002_6_16-22_fre.pdf
- [6]. Dumont, G.-F. (2020). Covid-19 : La fin de la géographie de l'hypermobilité ? *Les analyses de Population & Avenir*, (29), 1–11. <https://shs.ca.info/revue-analyses-de-population-et-a-2020-11-page-1?lang=fr>
- [7]. Durkheim, É. (1893). *De la division du travail social*. Félix Alcan.
- [8]. Durkheim, É. (1895). *Les règles de la méthode sociologique*. Félix Alcan.
- [9]. Durkheim, É. (1897). *Le suicide : Étude de sociologie*. Félix Alcan.
- [10]. Fassin, D. (2000). *Les enjeux politiques de la santé*. Karthala.
- [11]. Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir* (Vol. 1). Gallimard.
- [12]. Foucault, M. (2004a). *Naissance de la biopolitique : Cours au Collège de France (1978-1979)*. Gallimard/Seuil.
- [13]. Foucault, M. (2004b). *Sécurité, territoire, population : Cours au Collège de France (1977-1978)*. Gallimard/Seuil.
- [14]. Giddens, A. (1994). *Au-delà de la gauche et de la droite : L'avenir de la politique radicale*. Polity Press.
- [15]. Giddens, A. (1998). *La troisième voie : Le renouveau de la démocratie sociale*. Polity Press.
- [16]. Giddens, A. (2000). *La troisième voie et ses détracteurs*. Polity Press.
- [17]. Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360–1380.
- [18]. Gunder Frank, A. (1967). *Capitalism and underdevelopment in Latin America: Historical studies of Chile and Brazil*. Monthly Review Press.
- [19]. Harvey, D. (1973). *La justice sociale et la ville*. Edward Arnold.
- [20]. Harvey, D. (1985). *The urbanization of capital: Studies in the history and theory of capitalist urbanization*. Johns Hopkins University Press.
- [21]. Harvey, D. (2006). *Géographie de la domination*. Amsterdam.
- [22]. Harvey, D. (2012). *Les villes rebelles : Du droit à la ville à la révolution urbaine*. Verso.
- [23]. Jessop, B. (1997). The governance of complexity and the complexity of governance: Preliminary remarks on some problems and limits of economic guidance. In A. Amin & J. Hausner (Eds.), *Beyond market and hierarchy: Interactive governance and social complexity*, Edward Elgar Publishing.
- [24]. Lalou, R., & M'sellati, P. (2007). Le risque et le stigmate : Les comportements sexuels des migrants de retour et des séropositifs, deux cas ouest-africains. In A. Adjamagbo, P. M'sellati, & P. Vimard (Eds.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud : Nouveaux contextes et nouveaux comportements* (pp. 357–399). Académie Bruylant/LPED.

- [25]. Lalou, R., & Piché, V. (2004). Les migrants face au sida : Entre gestion des risques et contrôle social. *Population*, 59(2), 233–265. https://shs.cairn.info/article/POPU_402_0233
- [26]. Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(1), 80–94.
- [27]. Lucas, R. (2005). Migration internationale vers les pays à haut revenu : Quelles conséquences pour les pays d'origine ? *Revue d'économie du développement*, 4, 123–145.
- [28]. Mauss, M. (1925). *Essai sur le don : Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Presses Universitaires de France.
- [29]. Mechali, D. (1990). Pathologie des étrangers ou des migrants : Problèmes cliniques et thérapeutiques, enjeux de santé publique. *Revue européenne des migrations internationales*, 6(3), 99–122. <https://doi.org/10.3406/remi.1990.1263>
- [30]. Michel, L. (2015). Migration et addictions : Aspects cliniques. *L'Information psychiatrique*, 91(1), 21–29. <https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-1-page-21.htm>
- [31]. Organisation mondiale de la santé. (2016). *Promotion de la santé des migrants : Rapport du Secrétariat*. <https://iris.who.int/handle/10665/252884>
- [32]. Organisation panaméricaine de la santé & Organisation mondiale de la santé. (2016). *La santé des migrants : 55e Conseil directeur, 68e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34309>
- [33]. Piketty, T. (1997). *L'économie des inégalités*. La Découverte.
- [34]. Piketty, T. (2013). *Le capital au XXIe siècle*. Seuil.
- [35]. Piketty, T. (2019). *Capital et idéologie*. Seuil.
- [36]. Prebisch, R. (1950). *The economic development of Latin America and its principal problems*. United Nations.
- [37]. Rostow, W. W. (1960). *The stages of economic growth: A non-communist manifesto*. Cambridge University Press.
- [38]. Wallerstein, I. (1974). *The modern world-system, vol. 1: Capitalist agriculture and the origins of the European world-economy in the sixteenth century*. Academic Press.