

Le Point : le SIDA et les populations mobiles

Déclaration d'engagement

D'ici à 2005, élaborer et commencer à appliquer, aux niveaux national, régional et international, des stratégies qui facilitent l'accès aux programmes de prévention du VIH/sida pour les migrants et les travailleurs mobiles, notamment en fournissant des informations sur les services sanitaires et sociaux (paragraphe 50).

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, juin 2001, New York

4

Les migrations et la mobilité jouent un rôle important dans l'épidémie de VIH/SIDA. Mais leur interrelation est complexe. Ce ne sont pas tous les migrants ni toutes les personnes en déplacement qui courent un risque particulier d'infection. Les liens entre mobilité et SIDA sont cependant évidents dans la majorité des régions du monde comme le montrent les exemples suivants :

- **Travailleurs migrants :** Parmi les Philippins vivant avec le VIH/SIDA, 28% sont des travailleurs qui sont rentrés chez eux après avoir travaillé à l'étranger. Près de 41% des Bangladeshi séropositifs ont été des travailleurs migrants.
- **Professions mobiles :** Les recherches effectuées sur cinq sites où s'arrêtent les routiers sud-africains ont révélé une prévalence générale de 56%, bien plus que le taux national chez les adultes.
- **Professionnelles du sexe migrantes et victimes de trafic :** Des recherches effectuées dans la région du Terai au Népal ont montré que les 17% des professionnelles du sexe qui avaient travaillé en Inde représentaient trois quarts des cas d'infection à VIH. Près de 30% ont affirmé avoir été forcées ; les tests ont montré que ces femmes avaient trois fois plus de risque d'être infectées par le VIH que les autres femmes.
- **Partenaires de travailleurs migrants :** Le début de l'épidémie dans les zones rurales du Mexique trouve son origine dans le retour des travailleurs journaliers agricoles après leur séjour aux Etats-Unis d'Amérique.

Comprendre la migration

Jamais auparavant dans l'histoire autant de personnes n'ont été mobiles. Des estimations récentes suggèrent que près de 150 millions de migrants (c'est-à-dire des personnes qui deviennent résiden-

tes d'un autre pays ou qui y séjournent de façon prolongée) vivent hors du pays dont ils sont ressortissants. Un dixième de cette population correspondrait à des réfugiés ou à des demandeurs d'asile. Un nombre encore plus élevé de personnes se déplacent à l'intérieur de leur pays chaque année. En fait, la

migration économique des zones rurales vers les zones urbaines est sans doute de loin la catégorie la plus vaste de migration contemporaine.

L'Organisation internationale pour les Migrations (OIM) a élaboré un cadre conceptuel très utile pour la recherche et la programmation en matière de VIH/SIDA où la migration est représentée comme un *processus* en quatre étapes. Une réponse efficace en matière de VIH/SIDA doit donc se pencher sur chaque stade :

- **La source** : d'où les gens viennent, pourquoi ils partent et quelles relations il conservent avec leur foyer quand ils sont loin.
- **Le transit** : les endroits que les gens traversent, comment ils voyagent et leur comportement durant le voyage.
- **La destination** : où les gens vont, les attitudes qu'ils rencontrent et leurs nouvelles conditions de vie et de travail.
- **Le retour** : les changements survenus dans leur vie et les conditions de vie qui les attendent à leur retour.

Les gens migrent pour toutes sortes de raisons — volontaires ou pas. La migration économique est largement (mais pas entièrement) un problème d'offre et de demande. Les pays riches, notamment en Amérique du Nord, en Europe occidentale et dans les États du Golfe, attirent les personnes à la recherche de travail ; d'autres pays, dans des régions plus pauvres, dépendent dans une large mesure des revenus des travailleurs partis à l'étranger. Aux Philippines, par exemple, 8% des citoyens vivent à l'étranger, surtout des femmes, sur une population totale de 77,1 millions.

Une grande partie des mouvements de population contemporains est malheureusement involontaire, notamment en ce qui concerne les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays qui sont chassées de leur foyer par un conflit ou une catastrophe naturelle. Le Haut

Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés estime qu'actuellement près de 40 millions de personnes dans le monde ont été chassées de chez elles par des urgences liées à des catastrophes naturelles comme des tremblements de terre, la sécheresse ou des inondations, ou par une guerre ou des troubles civils, et qui vivent en tant que réfugiés dans un pays étranger ou personnes déplacées dans leur propre pays. Certaines sont dans cette situation précaire depuis 20 ans ou davantage et les camps où ils se sont réfugiés sont devenus des installations plus ou moins permanentes.

Les personnes qui ont été victimes de trafic, pour la prostitution ou le travail forcé, sont également en déplacement involontaire. Il y en aurait 1 à 2 millions chaque année selon certaines estimations. Les femmes et les enfants en constituent une écrasante majorité. Ce trafic est probablement l'une des plus grandes sources de profit pour le crime organisé après la drogue et les armes à feu.

Mobilité et vulnérabilité

La vulnérabilité est souvent liée à un stade particulier de la migration. Certains migrants sont plus vulnérables sur leur lieu de destination, par exemple les hommes qui travaillent loin de chez eux dans des camps ou des foyers pour hommes seuls. Pour d'autres, le risque est maximal lors du transit, notamment pour les femmes qui sont amenées à échanger des faveurs sexuelles contre leur survie ou la poursuite du voyage.

Les partenaires de ceux qui s'infectent alors qu'ils travaillent au loin sont également vulnérables, particulièrement les femmes mariées. Leur vulnérabilité s'aggrave encore lorsqu'elles n'ont ni le droit ni la capacité de refuser un rapport sexuel ou d'exiger l'utilisation d'un préservatif même si elles soupçonnent leur partenaire d'avoir pris des risques pendant son absence.

Il ne faut pas pour autant estimer que les migrants amènent généralement le SIDA avec eux. La com-

paraison des migrations forcées en Afrique montre que, dans certains cas comme celui des réfugiés somalis en Ethiopie, la prévalence chez les migrants est inférieure à celle de la population hôte. Il en va de même pour les migrations de main-d'œuvre. En Inde, les Etats plus industrialisés du Maharashtra, du Gujarat et de l'Andra Pradesh attirent des travailleurs des deux sexes en provenance de tout le pays, mais surtout des Etats à plus faible revenu. Certains de ces Etats à faible revenu ont des niveaux d'infection à VIH plus faibles que les Etats de destination. Le fait que les hommes migrants laissent généralement leur femme et leur famille derrière eux accroît la probabilité qu'ils aient recours à des professionnelles du sexe pendant leur séjour — un facteur de risque à la fois pour eux-mêmes et pour leur famille lors de leur retour.

Besoins en recherche-action

Les efforts visant à étudier le lien entre migration et SIDA sont compliqués par le fait que peu de pays recueillent des données ou entreprennent des recherches sur les besoins spécifiques des migrants en matière de VIH/SIDA. Ceci est vrai même dans les pays qui ont mis en œuvre des ripostes efficaces à l'épidémie. Par exemple, ni l'Ouganda ni la Thaïlande n'ont recueilli de données au sein de leurs populations de migrants forcés, pourtant substantielles. Pourtant, l'Ouganda abrite près de 185 000 réfugiés et la Thaïlande environ 188 000 et tous deux comptent de nombreux migrants irréguliers. La majorité des connaissances sur ces populations émane de recherches conduites par des organisations non gouvernementales et des organismes internationaux.

La réponse à ce problème consiste donc en grande partie, et bien avant la programmation d'activités de prévention ou de soins, à recueillir des informations. Il existe des méthodes d'évaluation rapide de la situation. L'étude en cours sur l'industrie maritime dans le port thaïlandais de Ranong et conduite par CARE, Family Health International,

la Thailand Business Coalition on AIDS et World Vision Thailand, en est un exemple. Après avoir identifié les facteurs de risque d'infection à VIH et d'usage de substances dans cette zone, les chercheurs ont pu trouver l'opportunité d'adapter les interventions aux différentes flottes de pêche, aux itinéraires et aux types de bateaux.

La prévention commence à la maison ... mais ne peut pas s'arrêter là

L'une des règles de base de la prévention du VIH est qu'il vaut mieux commencer tôt. Cela signifie atteindre les gens avant qu'ils ne partent travailler outre-mer ou loin de chez eux.

Les Philippines constituent un bon exemple de ce qui peut être fait. Le niveau des connaissances sur le VIH/SIDA est maintenant relativement élevé chez les travailleurs migrants philippins par comparaison à ceux d'autres pays. Ceci est en partie imputable à des programmes nationaux comme les séminaires d'orientation avant le départ qui abordent notamment la question des IST et du SIDA. Une étude récente a montré que les employées de maison philippines travaillant en Malaisie connaissaient bien le risque de SIDA et la manière de l'éviter. Par contre, la même étude a découvert que le niveau de connaissances des femmes bangladaïshi était faible.

De tels résultats ont amené CARAM Asia (Coordination de la recherche-action sur le SIDA et la mobilité), un partenariat de sept organisations non gouvernementales de la région, à relier les programmes existant dans le pays d'origine et dans le pays de destination. CARAM Bangladesh offre maintenant une formation préalable au départ aux femmes qui se rendent en Malaisie avec la collaboration de migrants revenus chez eux. A leur arrivée, CARAM Malaisie leur propose un soutien en matière de santé reproductive. Le même type d'arrangement existe entre CARAM Cambodge et CARAM Viet Nam.

Prévention le long des axes de migration en Afrique de l'Ouest

Le programme de l'USAID, Prévention du SIDA sur les axes migratoires d'Afrique de l'Ouest, initialement lancé le long de l'axe très fréquenté reliant Abidjan en Côte d'Ivoire et Ouagadougou au Burkina Faso, s'étend à présent sur quatre pays, notamment ceux qui ont les prévalences les plus élevées de la région. Les stratégies utilisées par le projet comprennent le marketing social, les campagnes médiatiques et le recours à l'éducation par les pairs au sein des groupes cibles, notamment les routiers, les professionnel(le)s du sexe et les travailleurs migrants saisonniers dans les plantations. Les évaluations suggèrent une augmentation des pratiques sexuelles à moindre risque depuis le début de l'intervention en 1998. La comparaison des résultats de deux études réalisées en 1997 et en 2000 au Burkina Faso a montré que le taux de routiers affirmant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel(le) était passé de 69% à 90%.

Prévention à destination

Dans le cas des migrations internationales, les pays hôtes estiment souvent que les migrants sont particulièrement difficiles à atteindre par les programmes VIH/SIDA et imputent ces difficultés à la barrière de la langue, aux différences culturelles, à leur défiance vis-à-vis des autorités, notamment des services de santé, et à des préoccupations relatives à leur statut juridique. Il paraît cependant plus raisonnable de reconnaître que certaines communautés de migrants doivent être atteintes d'une manière différente.

Comme pour les autres groupes vulnérables, les autorités sanitaires doivent peser soigneusement les avantages d'une programmation plus ciblée par rapport à une programmation destinée à la population générale. Une approche qui évite l'écueil de la stigmatisation consiste à cibler les situations et les zones géographiques où de nombreux migrants vivent, travaillent et ont une vie sociale plutôt que de cibler des personnes ou des groupes spécifiques. Par exemple, un programme destiné non pas aux travailleurs agricoles migrants mais aux communautés vivant autour des fermes, est capable de toucher non seulement les migrants mais également les professionnel(le)s du sexe, les commerçants et les vendeurs ainsi que les hommes et femmes du pays qui vivent et travaillent dans la région. (A ce sujet, l'expérience de l'Afrique du Sud dans les communautés entourant les mines d'or est instructive ; voir « Le Point : le SIDA et le monde du travail »).

A Paris, Ikambere (« la maison de la bienvenue » en kinyarwanda, langue du Rwanda) constitue un bon exemple de partenariat. Depuis 1997, il fournit un local où des femmes d'Afrique subsaharienne séropositives (responsables de cette initiative) peuvent offrir un soutien mutuel et un échange d'informations et travailler ensemble à la fabrication d'objets qu'elles vendent. Ikambere coopère également avec les hôpitaux et les centres de consultation où les gens de leur communauté se font soigner et les aident à accroître leurs activités communautaires.

Soins et appui

Bien que les autorités des pays hôtes puissent initialement être réticentes à l'idée de soigner des ressortissants étrangers, les migrants ont cependant les mêmes droits que les autres citoyens. Le SIDA se nourrit de l'exclusion ; par contre, faire bénéficier les personnes vulnérables de toutes les réponses disponibles est une façon d'accroître la résistance de toute la société à l'épidémie. Comme pour d'autres populations, le conseil et le test volontaires constituent un excellent point d'entrée aux soins à condition qu'ils soient proposés aux migrants dans leur langue et dans une absolue confidentialité.

La fourniture de soins et d'appui aux travailleurs et aux communautés de migrants, tout comme les activités de prévention, requièrent une formation spécifique pour les autorités du pays hôte. Il en

va de même pour le personnel de santé, ainsi que pour les services sociaux et les services d'immigration ; tous doivent être sensibilisés aux perceptions qu'ont les migrants du VIH/SIDA et à leurs préoccupations, notamment d'ordre juridique.

Les efforts des organismes internationaux pour offrir des services de santé reproductive aux réfugiés et aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ont considérablement augmenté ces dernières années. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés dirige les efforts visant à offrir des services de santé reproductive aux réfugiés. Le Fonds des Nations Unies pour la Population s'est également montré actif, particulièrement en abordant les besoins sanitaires des adolescents.

4 Politique et environnement juridique

Certaines lois et certains règlements qui régissent les populations en déplacement peuvent avoir un impact désastreux sur la santé publique. Les personnes qui pénètrent dans un pays en tant que migrants ou comme travailleurs sont souvent soumis à un test VIH obligatoire bien que ceci ne

constitue pas une forme efficace de prévention. Les règlements destinés à empêcher l'entrée des personnes séropositives au VIH persistent dans certains pays bien qu'il ait été démontré que ces restrictions n'avaient pas de justification en termes de santé publique (voir l'encadré « Restrictions à l'entrée et à la résidence basées sur le statut VIH »).

Certains groupes de migrants et d'immigrants se mobilisent efficacement autour des questions de VIH/SIDA. Au Royaume-Uni, l'African Policy Network fait pression sur les responsables du gouvernement pour changer la législation et les politiques discriminatoires vis-à-vis des demandeurs d'asile séropositifs au VIH. Le Réseau effectue son travail en collaboration avec d'autres organisations comme le Terrence Higgins Trust, le National AIDS Trust et le Groupe parlementaire multipartis sur le SIDA.

Réponses régionales : en développement

Sachant que les réponses en matière de VIH/SIDA chez les migrants doivent s'adapter à chaque étape

VIH et migration en Europe : accès et soins en évidence

Des données épidémiologiques émanant d'Europe montrent que la proportion de nouveaux diagnostics de SIDA chez des ressortissants étrangers augmente. En France, par exemple, où le nombre de nouveaux cas de SIDA a diminué depuis 1996, les taux ont diminué plus lentement chez les étrangers vivant en France. Les femmes représentent un quart des nouveaux cas parmi les étrangers contre seulement 16% des cas parmi les ressortissants français. Il en est de même en Suisse où les données sur les infections à VIH nouvellement diagnostiquées montrent la vulnérabilité particulière des femmes d'Afrique subsaharienne.

Les migrants n'ont pas bénéficié au même degré que les résidents nationaux de l'accès aux antirétroviraux et aux autres soins. Des données émanant de Belgique, de France et du Royaume-Uni montrent clairement que les migrants ont tendance à solliciter un test et des soins plus tardivement que le reste de la population. En France, une enquête a montré que les femmes d'origine nord-africaine recevaient moins de conseil en matière de VIH en consultation prénatale que la population générale (alors que leur niveau de connaissances était reconnu comme inférieur) et avaient besoin de davantage d'information. L'enquête a également montré que les femmes migrantes étaient plus souvent testées à leur insu.

Restrictions à l'entrée et à la résidence basées sur le statut VIH

Les restrictions à l'entrée et à la résidence basées sur le statut VIH devraient être abrogées ou modifiées en se basant sur le guide *Les directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme*, publiées en 1998 par le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et par le Secrétariat de l'ONUSIDA. Ces directives stipulent que : « L'argument de la santé publique ne justifie pas que la liberté de circuler ou de choisir sa résidence soit limitée au motif de l'infection à VIH [...] Si les Etats interdisent à des personnes touchées par le VIH/SIDA un séjour de longue durée par souci des dépenses que cela pourrait entraîner, ils ne devraient pas réserver ce traitement à l'infection à VIH/SIDA [...] et devraient [montrer] que ces dépenses seraient forcément engagées pour un étranger isolé demandeur de séjour. Dans l'examen des demandes d'admission, les considérations humanitaires comme le regroupement familial et la nécessité d'accorder asile devraient l'emporter sur les considérations économiques. »

du processus — origine, transit, destination et retour — la programmation doit franchir les frontières. Les principales initiatives régionales en matière de VIH/SIDA et de migrants sont les suivantes :

- L'Equipe interpays de l'ONUSIDA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre se consacre particulièrement à la mobilité avec cinq programmes qui se recoupent en partie : pays d'Afrique de l'Ouest, pays côtiers du Golfe de Guinée, bassin du Lac Tchad, bassin du fleuve Congo et Initiative des pays des Grands Lacs dans la lutte contre le SIDA.
- Le Projet VIH et migration en Amérique centrale et au Mexique, organisé par l'Institut national de santé publique du Mexique, avec différentes organisations non gouvernementales, institutions gouvernementales et autres, travaille dans 11 lieux de transit au Belize, au Costa Rica, en El Salvador, au Guatemala, au Honduras, au Mexique, au Nicaragua et au Panama.
- Le projet européen « SIDA et mobilité » a des points focaux nationaux dans 14 pays et

favorise la coopération entre les organisations communautaires, gouvernementales et non gouvernementales.

- L'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE) élabore un plan de travail quinquennal pour lutter contre le VIH chez les populations mobiles. Ce plan régional comprendra deux éléments : l'un se consacrera aux marins et aux routiers (et comprendra les pays du Grand Mékong), l'autre se focalisera sur la prévention du VIH/SIDA chez les travailleurs migrants.

Toutes ces initiatives recourent à toute une gamme d'approches, notamment la recherche ethnographique, la cartographie et les enquêtes. Elles se focalisent sur la compréhension des dynamiques de mouvements de population spécifiques entre pays ou régions, l'impact des mouvements transfrontaliers sur les communautés d'origine et de destination, les facteurs de vulnérabilité ou de résilience au VIH et les politiques relatives à la migration et à la santé dans les régions d'origine et de destination. Toutes mettent beaucoup l'accent sur les liens, la création de réseaux et la mise en commun des connaissances. 