



CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME

Deuxième réunion thématique *ad hoc*
New Delhi, 9–11 décembre 1998

Point 5 de l'ordre du jour provisoire

Migration et VIH/SIDA

RESUME D'ORIENTATION

Chaque année, environ 120 millions de personnes se déplacent volontairement d'un pays à l'autre ou à l'intérieur de leur pays, chiffre auquel il faut y ajouter 38 millions de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Il a été démontré que le VIH et d'autres MST se propageaient plus vite quand les populations étaient plus mobiles. On ne connaît pas le nombre des migrants vivant avec le VIH mais, selon les premières informations dont nous disposons, un grand nombre de migrants s'exposent au risque d'infection à VIH par leur comportement sexuel ou la consommation de drogues. Dans le même temps, la plupart d'entre eux sont généralement plus vulnérables au risque d'infection que les populations locales du fait des conditions dans lesquelles ils vivent et travaillent – pauvreté, impuissance, situations familiales précaires et manque d'accès aux services de santé. L'examen des données fournies par les régions (Annexe 1) montre clairement qu'en ce qui concerne le SIDA et les migrations, les politiques, les programmes et l'information laissent à désirer. La mise en œuvre de stratégies efficaces de planification et d'intervention en est d'autant plus difficile.

En ce qui concerne la migration et le SIDA, plusieurs questions générales sont à considérer :

- ◆ La migration doit être vue comme un processus continu au cours duquel les interventions sont planifiées à tous les stades: lieu d'origine, de transit et de destination ;
- ◆ Il faut anticiper et prendre des mesures immédiates avant le déclenchement des grands mouvements de population occasionnés par des conflits, l'ouverture des frontières, etc. ;
- ◆ Il convient de réviser les lois restrictives sur l'immigration dont le caractère protectionniste limite l'efficacité des mesures de prévention, de soins et de soutien ;
- ◆ Il convient de repérer les violations des droits de l'homme qui renforcent la vulnérabilité des migrants à l'infection à VIH, par exemple les politiques discriminatoires en matière de dépistage du VIH sur lesquelles on s'appuie pour refuser l'autorisation d'émigrer.

Les interventions en faveur des migrants et du SIDA à mettre en œuvre de toute urgence relèvent des domaines suivants:

- ◆ Education et promotion du préservatif pour la prévention de l'infection à VIH à travers les médias, des activités de proximité, sur le lieu de travail etc. ;
- ◆ Amélioration de l'accès aux soins de santé y compris aux services de prévention de l'infection à VIH/SIDA, notamment dans le cadre de services mobiles et de services communautaires ;
- ◆ Test et conseil VIH librement consentis et garantissant la confidentialité ;
- ◆ Réduction de la vulnérabilité socio-économique à l'infection à VIH en améliorant les conditions de travail et de vie.

Pour mettre en œuvre des politiques et des stratégies d'intervention efficaces, il faut engager des recherches à visée pratique axées principalement sur le comportement à risque et la vulnérabilité de l'infection à VIH. L'ONUSIDA, ses coparrainants et d'autres institutions du système des Nations Unies encouragent et soutiennent de plus en plus la collaboration aux niveaux des régions et des pays afin de mieux traiter la question de la migration et du VIH/SIDA.



ONUSIDA
UNICEF • UNOD • FNJAP
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

UNAIDS/PCB(7)/98.5
28 octobre 1998

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME

Deuxième réunion thématique *ad hoc*
New Delhi, 9–11 décembre 1998

Point 5 de l'ordre du jour provisoire

Migration et VIH/SIDA

TABLE DES MATIERES

I. Introduction	3
A. L'épidémie d'infection à VIH et les mouvements migratoires.....	3
B. Relation entre la transmission de l'infection à VIH/SIDA et les migrations	3
C. Définition du « migrant ».....	4
II. Questions générales concernant les migrations et le VIH/SIDA	4
A. La migration en tant que processus continu.....	5
B. Mesures immédiates	6
C. Cadres juridiques.....	6
D. Interface entre droits de l'homme, migration et VIH/SIDA.....	7
III. Interventions concernant les mouvements migratoires et le VIH/SIDA	7
A. Education et promotion du préservatif pour la prévention du VIH.....	7
B. Traitement, y compris des cas de VIH/SIDA et des MST.....	8
C. Conseil et test librement consentis.....	9
D. Amélioration des conditions de vie et de travail responsables de la vulnérabilité au VIH.....	9
IV. Recherche	10
A. Evaluation du risque et de la vulnérabilité.....	10
B. Suivi des interventions	11
V. Initiative des organisations du système des Nations Unies	12

ANNEXE I	Situation actuelle en ce qui concerne la migration et le VIH/SIDA dans certaines régions	15
ANNEXE 2	Projets menés par l'ONUSIDA et ses coparrainants.....	21

I. INTRODUCTION

A. L'épidémie d'infection à VIH et les mouvements migratoires

26. Selon le *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA* paru en juin 1998 (ONUSIDA et OMS), plus de 30 millions d'individus, soit un adulte sur 100 de 15 à 29 ans, sont porteurs du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Près de six millions d'entre eux ont été infectés en 1997 – ce qui représente près de 16 000 nouveaux cas par jour. En outre, plus de 90 % des personnes infectées par le VIH/SIDA vivent dans un pays en développement. Dans le même temps, aussi bien dans les pays en développement qu'ailleurs, on observe des déplacements massifs d'individus. On estime que deux à quatre millions d'individus quittent volontairement leur pays d'origine chaque année, ce qui est bien peu par rapport aux 16 millions de ruraux qui émigrent vers les villes (cette dernière estimation exclut la Chine et sa « population flottante » de 80 à 100 millions de migrants qui se déplacent régulièrement de façon saisonnière ou temporaire). A ces chiffres s'ajoutent 18 millions de réfugiés qui ont fui leur pays et 20 autres millions de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays.
27. Epidémie d'infection à VIH et mouvements migratoires coïncident donc. Certaines données tendent à prouver que les migrations accroissent la vulnérabilité des individus à l'infection par le VIH. Dans le passé, les gouvernements craignaient surtout que les immigrés soient porteurs du VIH. Cela est toujours vrai mais ils reconnaissent de plus en plus qu'ils peuvent être plus vulnérables que les populations stables à l'infection à VIH et contaminer d'autres personnes quand ils reviennent chez eux.

B. Relation entre la transmission du VIH et les migrations

28. La migration humaine, volontaire ou forcée, peut être responsable d'une infection à VIH des migrants, des membres des communautés qui les accueillent ou des habitants de leur pays d'origine s'ils reviennent porteurs du virus. Le VIH se transmet habituellement par voie sexuelle mais, s'agissant de personnes qui se déplacent, il peut aussi se transmettre par l'échange de seringues sales entre toxicomanes (consommateurs de drogues licites ou illicites) dans les zones de transit ; par des transfusions de sang contaminé dans les camps de réfugiés et par des pratiques sanitaires dangereuses auxquelles s'exposent les migrants s'ils ne font pas confiance aux soins donnés dans le pays d'accueil ou s'ils n'ont pas accès à ces soins.
29. Dans les zones de transit, les migrants ont plus d'occasions d'avoir un comportement à risque. Les marchés florissants du sexe et de la drogue dans les pays que les migrants traversent ou dans lesquels ils s'installent peuvent être tournés vers des activités qui augmentent le risque de transmission du VIH. Les migrants en transit peuvent, pour survivre, travailler sur le marché du sexe ou se prostituer en échange de marchandises, de services, de leur sécurité physique et/ou d'argent. Cette « prostitution de survie » est pratiquée dans les zones frontalières de nombreux pays du monde. En outre, les migrants n'ont généralement pas accès à l'information sur le SIDA, aux services de prévention des MST et aux préservatifs. Ce qui était une activité à relativement moindre risque (avec préservatif) dans le pays d'origine du migrant devient une activité à très haut risque (sans préservatif) – en termes de VIH – dans un pays de transit. Par ailleurs, un immigré clandestin ou sans papiers en transit doit

surmonter des obstacles sociaux extrêmement difficiles car il a plus de difficultés à se protéger ou à négocier avec son partenaire, ce qui augmente encore le risque de transmission.

30. Comme la mobilité des personnes est grande dans ces zones, il est difficile de leur offrir des programmes et des services de prévention efficaces.
31. Une fois arrivés à leur point de destination, leur difficulté à s'adapter à leur nouvel environnement peut avoir des répercussions sur leur santé mentale et physique et leur comportement sexuel. Un comportement à risque comme la multiplicité des partenaires – dans le cadre du marché du sexe ou de rapports occasionnels – n'est pas uniquement le fait d'une situation migratoire. Il peut aussi être induit par le fait qu'une personne est séparée de sa famille ou de son partenaire régulier, par la concentration des migrants en seul lieu et par les contraintes et risques liés au processus migratoire. Ces personnes ont un grand besoin d'argent pour acheter les produits de première nécessité mais aussi pour subsister en attendant de trouver un emploi. L'anonymat que leur confère leur statut d'étranger, surtout dans les zones de transit, peut les inciter à une plus grande activité sexuelle. Si le nouvel environnement est exclusivement masculin, le risque de rapports sexuels avec d'autres hommes est parfois plus grand. L'infection à VIH est liée à un comportement à risque. Même si des femmes vivent dans le nouvel environnement, les migrants auront peut-être du mal à s'intégrer à une nouvelle culture et n'en rencontreront pas.
32. Les migrants se trouvent dans une situation relativement vulnérable dans la société d'accueil, mais moins s'ils sont qualifiés et éduqués et s'ils ont un emploi stable. Cela est particulièrement vrai des réfugiés, des personnes déplacées et des sans-papiers. En fait, ce sont eux qui représentent probablement les groupes les plus vulnérables à l'infection à VIH en ce sens que les circonstances les forcent à travailler et à se loger dans des conditions dangereuses et qu'ils peuvent être exploités financièrement. Ils n'ont pas d'argent pour se faire soigner et, sans statut juridique, ils ne sont pas admis dans les centres de soins.
33. En ce qui concerne l'admission des immigrants dans les centres de soins, la principale préoccupation est celle du coût qui peut en résulter pour les services sanitaires et sociaux des pays d'accueil. A peine se pose-t-on la question du coût économique du refus de prendre en compte leurs besoins sanitaires – erreur majeure au regard de leur contribution à l'économie. Comme la majorité des migrants sont des hommes jeunes qui commencent leur vie active et sexuelle, l'infection à VIH pourrait avoir des effets dévastateurs – sur les plans économique et social – si une proportion élevée d'entre eux cessait de contribuer à la société.

C. Définition du « migrant »

34. Le mot migrant est ici défini au sens large. Il recouvre les migrants volontaires ou économiques, les réfugiés, les personnes déplacées ou d'autres qui se déplacent pour différents motifs indépendants de leur volonté. On entend donc ici par « migrant » toute personne qui franchit les frontières internationales ou les frontières intérieures d'un pays.

II. QUESTIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LES MIGRATIONS ET LE VIH/SIDA

35. Quatre questions concernant les migrations et le VIH/SIDA appellent d'urgence l'attention de la communauté internationale : 1) reconnaître que le phénomène migratoire n'est pas épisodique mais qu'il s'agit d'un processus continu ; 2) prendre des mesures immédiates pour éviter toute propagation du VIH ; 3) harmoniser les différentes législations et réglementations en matière de migration ; et 4) examiner les effets des lois restrictives qui violent les droits de l'homme et renforcent de ce fait la vulnérabilité au VIH. Nous développons ci-après brièvement chacun de ces points.

A. La migration en tant que processus continu

36. Les décideurs appelés à planifier ou à mettre en œuvre une politique de l'immigration et de prévention de l'infection à VIH/SIDA devraient considérer la migration comme un processus permanent qui comporte plusieurs étapes plutôt que comme un fait isolé. Les trois étapes de la migration sont les suivantes : lieu d'origine, durée du transit et lieu de destination. A chaque étape, il convient de faire une analyse critique et de se poser, par exemple, les questions suivantes : pourquoi les migrants quittent leur pays, comment ils gagnent leur vie en cours de route, quels liens sociaux et financiers ils gardent en transit et au lieu de destination et quel est leur statut légal au lieu de destination.
37. Outre qu'il est important d'analyser les différentes étapes du processus, il faut aussi examiner les différentes catégories de migrants et leurs motivations ainsi que le rôle du *temps*. Le mouvement migratoire peut être aussi rapide que celui d'une personne qui traverse en jet plusieurs continents en quelques heures ou aussi lent que le pas d'un marcheur qui s'arrête en chemin pour quelques semaines ou quelques mois. De plus, la migration est souvent *cyclique*, c'est à dire que les personnes quittent leur lieu d'origine et y reviennent une fois ou, souvent, plusieurs fois. Le dernier facteur déterminant est celui du statut légal du migrant aux différentes étapes du processus. Plus que tout autre, c'est lui qui détermine sa situation chez lui, en transit ou au lieu de destination et il peut avoir une influence très importante sur sa vulnérabilité au VIH/SIDA.
38. Quand tous ces facteurs auront été pris en compte, on pourra arrêter une politique et planifier les mesures à prendre aux trois étapes. Les décisions et les interventions seront ainsi mieux adaptées à la situation et aux besoins des migrants – qui évoluent constamment – et elles seront sans doute plus efficaces. Un examen global de la question de la migration peut aussi avoir un impact positif sur le nombre des ministères ou services qui apporteront leur concours ainsi que sur l'ampleur et le type des actions engagées et les sources de financement.
- ◆ *Lieu d'origine* – Localisation, raison et situation: d'où viennent les migrants (et souvent où ils retournent), pourquoi ils s'en vont, quels liens (sociaux, financiers) ils conservent pendant leur déplacement.
 - ◆ *Période de transit* – Endroits où passent les migrants, moyens de transport, moyens de subsistance pendant leur déplacement.
 - ◆ *Destination* – Où ils vont ou ont l'intention d'aller, statut légal et conditions de vie au point de destination.

Par exemple, lorsque la politique de l'immigration est considérée comme un processus continu, il est essentiel de planifier les interventions aux sur les lieux d'origine, de transit et de destination.

Pour résoudre le problème du VIH/SIDA et de la migration, l'administration des chemins de fer chinois, par exemple, a engagé de multiples interventions stratégiques à différents points de migration. Elle distribue des brochures d'information sur la prévention du VIH/SIDA à son personnel ainsi qu'aux voyageurs le long des axes de transport. Bon nombre de migrants appartiennent à la main-d'œuvre flottante. Les chemins de fer prévoient aussi d'installer des centres de santé/conseil dans les gares pilotes. (*China Responds to AIDS, China Ministry of Health and UNAIDS China*).

B. Mesures immédiates

- 39.** Il convient en second lieu d'analyser la situation et de se préparer à l'avance dès lors qu'un nouveau mouvement migratoire semble imminent. Certaines situations et certains facteurs peuvent être les signes précurseurs d'une migration importante ou d'une mobilité interne accrue. Il faut donc analyser la situation et lorsque ces facteurs ont été repérés, élaborer des plans pour faire face à la situation et engager dès que possible un programme de lutte contre le SIDA. Dès que la migration a commencé, il convient de mettre en œuvre ce programme sans attendre que les taux d'infection à VIH soient trop élevés. Des situations de ce genre ont déjà été rencontrées en Asie du Sud-Est et les décideurs auraient dû en tirer des leçons pour parer aux mouvements de population en Europe de l'est et dans les Etats nouvellement indépendants.
- 40.** Les migrations et déplacements de populations ont été favorisés entre autres par :
- ◆ l'expansion des transports aériens et des routes transfrontières ;
 - ◆ l'accroissement des échanges et du commerce international et transfrontières ;
 - ◆ la déréglementation des pratiques commerciales et la promotion du libre – échange régional (Union européenne, Accord nord-américain de libre-échange, Organisation mondiale du commerce, etc.) ;
 - ◆ l'ouverture des frontières ;
 - ◆ les situations conflictuelles et les guerres.
- 41.** Cette évolution affecte surtout les pays d'Asie du Sud-Est et d'Europe de l'est, la Communauté des Etats indépendants (CEI), l'Afrique australe et les zones franches qui bordent la côte orientale de la Chine et elle a entraîné une plus grande mobilité de la population, notamment des groupes les plus exposés au risque d'infection à VIH ou plus vulnérables, comme les réfugiés, les professionnels du sexe et les toxicomanes par injection.

C. Cadres juridiques

- 42.** Enfin, il faut prendre en compte les législations nationales. Certaines législations posent certaines conditions à la mobilité des migrants tandis que d'autres privilégient la qualité de la vie (dont la prévention et le traitement de l'infection au VIH/SIDA) et peuvent avoir un effet positif.
- 43.** Ces dernières années, certains Etats ont renforcé leurs lois et réglementations en matière de contrôle du mouvement des personnes sur leurs territoires. Les lois qui codifient le passage d'un pays à un autre sont donc disparates, bien que les conventions internationales sur le commerce, la santé et les

droits de l'homme aient tenté d'harmoniser et d'encourager l'adoption de principes et pratiques similaires. Les décideurs nationaux doivent essayer de régler ce problème et, à cet effet, collaborer avec les autres pays.

44. Par ailleurs, si une certaine attention a été portée aux conséquences de la migration et du SIDA, elle a été insuffisante. Aussi longtemps que la migration illégale et clandestine continuera à être considérée uniquement sous l'angle de la sécurité et des intérêts nationaux, la santé publique passera à l'arrière-plan. Il est clair que les pays doivent intensifier leurs efforts pour offrir des services sociaux et sanitaires adaptés aux besoins des migrants, notamment en ce qui concerne la prévention de l'infection à VIH. L'un des moyens par lesquels les décideurs peuvent y parvenir ou mieux gérer la situation consiste à adopter des lois et des réglementations appropriées.

D. Interface entre droits de l'homme, migration et VIH/SIDA

45. Enfin, d'autres questions se posent à l'interface entre les droits de l'homme, la migration et le SIDA. Ces droits ont trait entre autres à la libre circulation des personnes, au droit d'asile et à celui d'être accompagné par les membres de sa famille. Le non respect de ces droits peut avoir des effets incalculables sur la santé publique, y compris sur la santé des migrants. Par exemple, bon nombre d'Etats n'autorisent pas les immigrés à être accompagnés des membres de leur famille. Le sentiment d'isolement qu'ils ressentent alors peut accroître leur vulnérabilité au VIH et contribuer involontairement à la propagation de l'infection. Une fois encore, s'agissant des réfugiés, faire du test obligatoire de dépistage du VIH une condition préalable d'une demande d'asile^{*}, peut fournir une bonne raison de la refuser à certains membres d'une même famille, entraîner l'éclatement de cette famille et accroître sa vulnérabilité à l'infection par le VIH.
46. Bien que l'évolution de la pandémie d'infection à VIH montre sa relation avec la mobilité humaine, aucune politique spécifique n'a pour ainsi dire mis l'accent sur cette relation. En s'appuyant sur les directives internationalement reconnues, les bureaux régionaux des organisations internationales devraient encourager et aider les pays à élaborer des principes généraux sur les risques d'infection par le VIH encourus par les migrants et sur leur vulnérabilité ; ils pourraient alors s'engager dans la recherche appliquée, la planification et la programmation aux fins de réduire le risque et la vulnérabilité.
47. A cet effet, il conviendrait notamment d'établir un cadre de collaboration inter pays afin d'examiner les questions qui intéressent les pays situés sur le même parcours migratoire.

* L'Organisation internationale des migrations (OIM) appuie les directives du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) de mars 1988 ainsi que la politique générale de l'ONUSIDA sur le conseil et les tests HIV d'août 1997. Les directives du HCR précisent que les réfugiés et les demandeurs d'asile ne devraient pas faire l'objet de mesures spéciales en ce qui concerne l'infection à VIH et que rien ne justifie le recours au dépistage pour refuser le droit d'asile à des individus positifs au VIH).

III. INTERVENTIONS CONCERNANT LES MOUVEMENTS MIGRATOIRES ET LE VIH/SIDA

48. En plus de l'examen des questions évoquées dans la section précédente, il est urgent de prendre – à l'égard du problème de l'immigration et de l'infection à VIH – des mesures de prévention, de traitement et de soutien. Ces mesures doivent être préparées à la première alerte et s'adresser le plus tôt possible aux populations de migrants.

A. Education et promotion du préservatif pour la prévention du VIH

49. Les principes de base de la prévention de l'infection à VIH applicables aux populations de migrants ne diffèrent pas tellement des principes appliqués aux autres catégories de population. Il faut dans tous les cas mieux sensibiliser, informer et éduquer les populations (emploi du préservatif, prise de décisions, négociation) ; leur permettre l'accès aux moyens de prévention, en particulier aux préservatifs et aux aiguilles et seringues stériles et, enfin, leur offrir des services adéquats, comme des conseils sur le traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST) et l'infection au VIH/SIDA. En ce qui concerne les migrants, il faut combiner plusieurs approches : éducation par les pairs, programmes communautaires, information par les médias, services de santé mobiles et intégration des mesures de lutte contre le SIDA dans des services non sanitaires comme les services de formation professionnelle et les services juridiques.

50. La conception et le choix des approches combinées doivent être adaptés aux besoins de chaque groupe particulier. Par exemple, la distribution de préservatifs et l'information sur le SIDA à l'intention des routiers et des professionnels du sexe qu'ils fréquentent doivent être assurées par des équipes mobiles et polyvalentes postées sur leurs trajets. Une information sur le traitement, l'échange des aiguilles, le SIDA et la prévention de la toxicomanie devrait être offerte aux populations mobiles des régions où la prévalence de la toxicomanie est élevée. Les programmes communautaires destinés aux ouvriers du bâtiment ne sont accessibles que s'ils travaillent la nuit. Les matériels pédagogiques sur le SIDA ne peuvent leur être proposés que sous forme audio-visuelle ou imprimée mais, dans ce dernier cas, sous forme de bandes dessinées ou d'illustrations. L'information sur le SIDA et l'éducation des femmes de migrants devraient commencer dans leur pays d'origine ou dès qu'elles arrivent sur les lieux de transit ou de destination où elles sont contraintes à se prostituer contre de l'argent, de la nourriture, un emploi ou la sécurité physique. L'information sur le SIDA et la distribution de préservatifs aux réfugiés devraient être intégrées dans le système de communication des camps (si possible en plusieurs langues) ainsi que dans les services sanitaires et non sanitaires ; il s'agirait d'un travail de vulgarisation faisant appel au personnel du camp et à des réfugiés volontaires. Il faut entreprendre ces tâches sans tarder mais des évaluations sommaires, effectuées de temps à autre au sein des populations migrantes, peuvent permettre d'obtenir les renseignements complémentaires nécessaires pour s'adapter aux situations. Il est particulièrement recommandé de faire participer des migrants à ce processus.

51. La protection des droits de l'homme, y compris des enfants, ainsi que la confidentialité, sont des éléments très importants de la mise en œuvre de ce type d'actions. La collaboration avec les autorités et responsables locaux peut apporter un renfort et un soutien. Les communautés locales pourraient aussi fournir aux populations migrantes quelques services sanitaires et sociaux comme une éducation

formelle ou non formelle. Les organisations non gouvernementales (ONG) et, dans certains cas, les entreprises jouent un rôle actif et efficace dans la lutte contre le SIDA.

B. Traitement, y compris de l'infection à VIH/SIDA et des MST

- 52.** Les programmes internationaux et nationaux en matière d'immigration devraient non seulement offrir aux migrants des services de prévention de l'infection à VIH et des maladies sexuellement transmissibles mais aussi leur garantir l'accès aux soins de santé primaires. Les pouvoirs publics devraient s'informer et mettre au point des programmes d'action visant spécifiquement les migrants, dont ceux qui sont positifs au VIH ou malades du SIDA. Si possible, ils interviendront dans un cadre régional pour régler la question des services de santé aux frontières. A cet effet, les administrations nationales et locales doivent collaborer étroitement et les organismes internationaux apporter leur soutien.
- 53.** Pendant et après la migration, les immigrés ont difficilement accès aux services de santé et de soutien, surtout les illégaux et les sans-papiers. Il est très important d'intégrer le traitement de l'infection à VIH/SIDA et des autres MST dans des services de santé implantés sur un seul et même site. La plupart des migrants, en particulier la main-d'œuvre très mobile et les réfugiés, ne disposeront jamais du temps ni des ressources nécessaires pour se faire examiner si les services sont disséminés. Comme un migrant illégal risque de se faire mettre en prison ou d'être expulsé s'il se présente dans un service officiel, beaucoup voudront éviter ce risque et des problèmes bénins au départ pourront devenir sérieux par la suite. Dans les cas où on ne peut pas modifier les lois restrictives ou régulariser la situation de l'immigré, les ONG peuvent mettre en place des équipes mobiles ou périphériques qui lui fourniront les soins nécessaires dans des services adaptés.
- 54.** Des directives relatives aux services de santé et au traitement de l'infection à VIH/SIDA ont été adoptées par les organisations du système des Nations Unies. L'ONUSIDA a publié dans sa collection *Meilleures Pratiques* un document intitulé *Les réfugiés et le SIDA*. Les directives, qui s'appliquent aux réfugiés et aux autres catégories de migrants, montrent comment s'approvisionner en sang non contaminé, en préservatifs et en fournitures indispensables (gants), consulter les services de prévention et de conseil) et comment trouver du matériel d'injection stérile et avoir accès à des services de santé et à une prise en charge complète pour les personnes infectées par le VIH/SIDA.

C. Conseil et test librement consentis

- 55.** Bon nombre d'Etats ont assorti l'autorisation d'entrée sur leur territoire de l'obligation du test VIH. L'ONUSIDA a fait savoir qu'elle était contre le test obligatoire de quel que groupe d'individus que ce soit.
- 56.** Tous les tests VIH devraient être pratiqués avec le libre consentement de l'individu et garantir la confidentialité. Cette position est conforme aux positions déjà prises par l'Organisation mondiale de la santé ainsi qu'aux dispositions du Règlement sanitaire international et elle réaffirme la politique adoptée en 1988 par le HCR en ce qui concerne le SIDA. De plus, les tests librement consentis se sont révélés être une mesure efficace de prévention de l'infection à VIH en encourageant les individus ayant un comportement à risque à changer de comportement.

D. Amélioration des conditions de vie et de travail responsables de la vulnérabilité au VIH

57. «...Les migrants sont considérés comme des personnes qui, en raison de leurs conditions de vie, de leur pauvreté et de leur situation socioculturelle dans un pays d'accueil donné peuvent être vulnérables à toutes sortes de maladies, dont les MST et le SIDA.» *Edna Oppenheimer, Methodologies of Cross-border Analysis of Clandestine Migrant Populations, May 1997.*
58. Il est bien connu que la vulnérabilité au VIH est souvent plus grande lorsque les conditions de vie et de travail maintiennent l'individu dans une situation de pauvreté, d'impuissance et d'instabilité sociale. Le fait d'être séparé de sa famille et de ses repères socio-culturels habituels ; l'isolement et la solitude ; le sentiment d'anonymat qui permet une plus grande liberté sexuelle et le manque de ressources financières font que les migrants sont plus exposés au risque d'infection à VIH de par leur comportement. Du fait de leur solitude, du sentiment de frustration qu'ils éprouvent, de la pression des autres migrants et de la facilité avec laquelle ils peuvent se procurer de la drogue, ils pourront avoir du mal à ne pas se piquer. La recherche d'un toit, d'argent pour survivre ou de protection contre la violence physique peut contraindre certains membres de la famille à s'adonner au commerce du sexe ou à accepter de se faire exploiter sexuellement.
59. Ces conditions, qui sont propices à l'augmentation de la vulnérabilité de ces personnes, méritent une attention particulière. Dans les pays qui accueillent des migrants économiques, les employeurs devraient s'efforcer d'améliorer la qualité de vie de leurs employés, en particulier s'ils travaillent dans des endroits isolés – forêts, plantations ou mines. Les secteurs privés et publics (y compris les autorités sanitaires et les grandes entreprises qui emploient des migrants) ainsi que les syndicats devraient participer eux aussi à l'évaluation et à l'amélioration de leurs conditions de travail et de vie. Pour réduire leur vulnérabilité et changer ces conditions, il est important d'informer tous les participants sur les besoins sanitaires et sociaux des migrants, y compris en ce qui concerne l'infection à VIH. Une coordination doit s'établir entre les pays dont les migrants sont originaires, ceux par lesquels ils transitent et ceux où ils s'installent afin d'harmoniser les politiques, les activités et les échanges de renseignements.

L'Annexe 1 fournit des données plus spécifiques ainsi que des exemples de conditions de vie et de travail de nature à accroître la vulnérabilité des migrants à l'infection par le VIH dans certaines régions.

IV. RECHERCHE

A. Evaluation du risque et de la vulnérabilité

60. Pour mettre en œuvre des politiques et des stratégies efficaces, il faut mener des études plus approfondies. Toute étude sur le VIH/SIDA doit être axée sur l'action. Etant donné le caractère des mouvements migratoires, l'étude doit aussi porter sur les problèmes transfrontières et sur les problèmes intérieurs des pays.

61. Deux domaines d'étude sont proposés à l'appui de la mise en œuvre de politiques et de stratégies concrètes dans le domaine de l'immigration et de l'infection à VIH.

a. Le comportement à risque

62. La relation entre la migration et l'infection à VIH peut être établie à partir d'études sur des groupes très mobiles, comme les chauffeurs routiers, ou sur l'exode rural. Toutefois, si on n'étudie que les groupes professionnels qui se déplacent beaucoup, on ne rend pas compte de tous les comportements à risque ni des facteurs de risque liés au processus migratoire. En dehors d'études spécifiques sur le commerce du sexe et le tourisme sexuel, peu d'études ont été faites sur le comportement à risque des migrants vis à vis du VIH. De plus, nous disposons de trop peu d'éléments pour pouvoir expliquer les facteurs du comportement à risque qui ont causé l'infection.

63. Pour mettre au point des programmes efficaces de prévention de la propagation de l'infection à VIH au cours du processus migratoire, tous les facteurs de risque doivent être connus. Il est particulièrement important de ne pas omettre ceux qui augmentent le risque d'infection. En définitive, certains types de comportement pendant le processus migratoire exposent les migrants à l'infection. Les rapports sexuels sans préservatif en sont un exemple. En ventilant les données par âge, par sexe, par activité professionnelle et en fonction d'autres facteurs socio-démographiques, on comprendra mieux comment les différents facteurs augmentent le risque.

b. La vulnérabilité au VIH

64. Comme nous l'avons montré plus haut, tout individu qui se trouve dans une situation de migrant peut accroître sa propre vulnérabilité à l'infection à VIH étant donné qu'il peut avoir plus de mal à maîtriser son comportement. En ce qui concerne la réduction de la vulnérabilité au VIH et la migration, plusieurs questions importantes devraient être examinées dans les études préalables à la mise en œuvre des programmes sur la réduction de la vulnérabilité :

- ◆ Profil démographique des migrants et relation avec la vulnérabilité au VIH ;
- ◆ Accès à l'alphabétisation, poursuite d'une éducation formelle, formation technique à un second emploi pour tous les membres des familles de migrants ;
- ◆ Normes sociales par rapport à la condition des femmes, exploitation sexuelle des enfants et commerce du sexe ;
- ◆ Conditions socio-économiques et statut légal des migrants dans les pays d'origine, de transit et de destination :
 - conséquences socio-économiques et statut légal des migrants dans les pays d'origine, de transit et de destination ;
 - conséquences sociales de la migration sur la santé publique dans les pays d'origine, de transit et de destination ;
 - conditions de vie et de travail, degrés d'assimilation et acceptation par la population locale ;
 - accès à des services de santé et d'aide sociale ;
 - problèmes sanitaires touchant les migrants, y compris accès aux services de santé et de prévention de l'infection à VIH/SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles : test et conseil librement consentis, information, obstacles à la demande de traitement, préjugés

culturels, recours à des soins traditionnels/complémentaires et moyens de soutien (famille, religion, aide sociale etc.).

B. Suivi des interventions

65. Ces études permettent aussi de suivre les progrès des politiques et autres actions engagées. Leur résultat peut infléchir et améliorer la prise de décision ou tout autre projet d'intervention. L'évaluation des résultats ou de l'impact de certaines politiques ou actions, comme la prévention de l'infection par le VIH peut, par exemple, apporter la preuve de la réduction de la propagation de l'infection, atténuer les conséquences du SIDA et améliorer la qualité de vie des immigrés. De plus, ces résultats sont utiles, non seulement pour justifier les dépenses et la poursuite de la politique mise en œuvre mais aussi pour identifier les meilleures pratiques et les enseignements que l'on peut tirer en vue d'une application à plus grande échelle ou d'une adaptation dans d'autres contextes. La planification et la préparation du suivi et de l'évaluation doivent commencer le plus tôt possible.

V. INITIATIVES DES ORGANISATIONS DU SYSTEME DES NATIONS UNIES

66. La question de la migration et de la vulnérabilité au VIH/SIDA est considérée par les organisations du système des Nations Unies comme une question importante. Les coparrainants de l'ONUSIDA et d'autres organisations des Nations Unies, en particulier aux niveaux sous-régional et national, s'occupent actuellement de ces problèmes. C'est ainsi que l'Initiative ouest-africaine sur le VIH/SIDA est parrainée par la Banque mondiale et l'ONUSIDA et reçoit des contributions des gouvernements canadien et allemand. En collaboration avec le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), l'Initiative aide aussi les associations de malades atteints du SIDA. En Asie, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a lancé des projets de recherche appliquée sur les populations mobiles et la vulnérabilité au VIH/SIDA dans la sous-région, avec la participation d'AIDSCAP et de la Fondation Ford. En Chine, le PNUD et l'UNICEF essaient de s'attaquer au problème de la prévention de l'infection à VIH chez les travailleurs migrants par l'éducation et la communication. Dans cette région, un certain nombre d'autres projets sont parrainés et appuyés par les coparrainants de l'ONUSIDA dans le cadre du Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA, par exemple un projet intéressant les chauffeurs routiers et les prostituées en Inde et au Népal (voir Annexe 2).
67. A ses deux dernières réunions, le Bureau consultatif interorganisations des Nations Unies (BCI) sur le SIDA a examiné les questions du VIH et de la migration ainsi que celle du VIH dans des situations d'urgence. Ces deux questions concernent les déplacements des personnes, soit à l'intérieur des pays pour des raisons économiques ou politiques, soit d'un pays à l'autre, pour les mêmes raisons. Plusieurs représentants d'organisations des Nations Unies qui participaient à ces réunions ont mentionné les travaux accomplis sur la migration et ses conséquences sur l'infection par le VIH/SIDA. Certaines organisations se sont déclarées prêtes à poursuivre les études, notamment l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Organisation internationale du travail (OIT), l'Organisation inter-nationale des migrations (OIM), le PNUD et l'Organisation mondiale du commerce (OMC).

- 68.** A propos du VIH/SIDA dans des situations d'urgence et de conflits, les membres du BCI ont noté qu'il était important d'étudier les facteurs socio-économiques qui influent sur le comportement des réfugiés et des personnes déplacées afin de prendre les mesures appropriées. Ils ont également noté qu'il fallait non seulement examiner la mise en œuvre des directives existantes mais aussi suivre et évaluer les actions engagées. Il a été reconnu dans l'ensemble qu'il fallait renforcer encore plus la planification stratégique et adopter une approche systémique dans ce domaine, en particulier pour aborder ces questions au niveau national, afin que les gouvernements soient mieux préparés à gérer les situations d'urgence et de conflit.
- 69.** L'ONUSIDA poursuit son action avec les organisations du système des Nations Unies et d'autres partenaires en ce qui concerne la défense et la promotion de principes et stratégies de planification, ou encore l'identification et la diffusion des meilleures pratiques. A l'heure actuelle, la question des migrants et des réfugiés fait partie du programme en faveur des « populations difficiles à atteindre et vulnérables » qui s'inscrit dans le plan de travail de l'ONUSIDA pour 1998–1999.
- 70.** L'Organisation internationale des migrations et l'ONUSIDA produisent une publication conjointe sur les migrations et le VIH/SIDA. En outre, ces deux dernières années, les équipes interpays de l'ONUSIDA ont déployé tous leurs efforts pour encourager et renforcer la collaboration entre les organes interpays et régionaux en ce qui concerne les questions transfrontières, les migrations et le déplacement des personnes. Plusieurs projets ont été lancés pour essayer de mieux comprendre ces questions et proposer des stratégies en vue de réduire la vulnérabilité et les risques associés à ces facteurs.
- 71.** Outre qu'elle sollicite des partenariats régionaux pour appuyer la riposte au VIH/SIDA, notamment entre organisations, pays, institutions et organismes régionaux relevant du système des Nations Unies, l'équipe interpays pour l'Asie et le Pacifique à Bangkok facilite la collaboration interpays et le dialogue régional sur les migrations et la consommation de drogue, deux questions particulièrement importantes pour la région.
- 72.** Son principal objectif est d'aller plus vite et plus loin en ce qui concerne tant la question de la réduction de la vulnérabilité à l'infection par le VIH, dans la mesure où elle est liée aux migrations et à la mobilité des travailleurs, que celle de la consommation de drogues aux niveaux national, sous-régional et régional, en particulier grâce à la mise en place ou au renforcement de réseaux d'experts. L'équipe interpays pour l'Asie et le Pacifique appuie également une étude appliquée sur la vulnérabilité à l'infection par le VIH et les travailleurs migrants dans la région, qui doit être entreprise sans tarder, ainsi que des consultations sous-régionales sur les questions liées, entre autres, au passage transfrontières et à la coordination des actions interpays et sous régionales contre l'infection à VIH et la consommation de drogue.
- 73.** Dans cette optique, les questions portant sur les droits de l'homme, la traite des femmes et des enfants ou le travail des enfants feront l'objet d'un examen plus approfondi. Une attention particulière est également portée aux grands projets de développement et aux activités commerciales à forte intensité de main-d'œuvre qui entraînent des mouvements de population, à la précarité des minorités ethniques, à la prostitution et à la vulnérabilité de certaines catégories de populations mobiles comme les pêcheurs, les marins, les chauffeurs routiers et le personnel domestique ainsi que les jeunes qui travaillent dans le secteur informel. Les partenaires engagés dans cette action de défense et d'évaluation sont entre autres l'AIDSCAP, la Fondation Ford, le GTZ, le PNUD, l'UNICEF et le

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

74. En partenariat avec le GTZ, l'OMS, la Banque mondiale et d'autres intervenants, l'ONUSIDA facilite le développement de programmes de recherche et d'action sur les migrations, la mobilité et le VIH/SIDA en Afrique de l'ouest. Depuis qu'elles ont la preuve que les immigrants et les populations mobiles de la région sont plus exposés au risque d'infection par le VIH, les autorités sanitaires des pays d'Afrique et du Pacifique ont reconnu qu'il fallait travailler au niveau interpays pour mettre au point des stratégies et des politiques appropriées dans les domaines de la prévention, du traitement et des services de soutien. A cet effet, la collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre le SIDA, les chercheurs et les ONG a permis l'élaboration d'un programme de recherche à visée concrète entre sept pays : Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Niger, Sénégal et Togo. Dans la plupart de ces pays, des équipes de terrain ont élaboré avec les communautés locales des plans d'action en trois phases : analyse de situation, réduction des risques et de la vulnérabilité et étude d'impact. Certains projets sont implantés dans les grandes villes marchandes situées le long des grands axes commerciaux internationaux, d'autres dans des zones frontalières à forte intensité de trafic. Dans le cadre de ce programme, l'ONUSIDA aidera au choix de stratégies et de méthodes de travail sur les migrations et la mobilité des personnes en vue d'une large diffusion aux niveaux national et régional.
75. Aux Caraïbes, une nouvelle équipe a l'intention d'examiner le problème des migrations. Son programme n'est pas encore au point mais il portera sur les migrants, le commerce du sexe et le tourisme sexuel.
76. Nous proposons ci-après une liste de points sur lesquels le secrétariat de l'ONUSIDA et les organisations du système des Nations Unies devraient intensifier leurs efforts :
- ◆ Faire reconnaître l'importance du problème des migrations et de la vulnérabilité à l'infection à VIH/SIDA et encourager les gouvernements, les ONG et les organisations internationales à élaborer des politiques, engager des actions et mener des recherches.
 - ◆ Continuer à œuvrer avec les coparrainants, d'autres organismes des Nations Unies et les gouvernements en faveur de l'application des différents accords et conventions internationaux relatifs à la protection des droits fondamentaux des migrants, en particulier des femmes et des enfants, ainsi que de leurs droits à la non discrimination, s'agissant de l'accès aux services sociaux, économiques et sanitaires.
 - ◆ Dans le cadre de la planification stratégique nationale et compte tenu des expériences acquises au niveau des sous-régions et des pays ainsi que des directives internationalement reconnues, la question des migrations et du VIH/SIDA devrait être intégrée dans le plan national de lutte contre le SIDA puisqu'aussi bien, le problème des migrations est un problème clé du plan national de développement socio-économique.
 - ◆ Mettre au point le plus tôt possible, avec et pour les migrants et les réfugiés, des programmes régionaux et transfrontières ou renforcer ceux qui existent déjà grâce à une collaboration accrue avec les coparrainants, OIM, HCR, FAO, OIT et d'autres organisations des Nations Unies ainsi qu'avec le réseau local des associations de migrants afin d'élaborer une stratégie commune sur le VIH/SIDA et les migrations.
 - ◆ En collaboration avec les organisations spécialisées du système des Nations Unies et les coparrainants, élaborer des directives techniques, des projets d'intervention modèles et

reconnaître les meilleures pratiques possibles en ce qui concerne les migrations et la vulnérabilité à l'infection à VIH/SIDA.

- ◆ Apporter son concours à l'analyse de situation ainsi qu'à la recherche opérationnelle et à l'évaluation sur la relation entre les migrations et l'infection à VIH/SIDA.

Le Secrétariat de l'ONUSIDA, les coparrainants, d'autres organismes et organes du système des Nations Unies sont invités à continuer à dialoguer et à intervenir sur la question des migrations et du SIDA en s'attachant plus particulièrement aux problèmes prioritaires.

ANNEXE 1

Situation actuelle en ce qui concerne la migration et le VIH/SIDA dans certaines régions

Afrique de l'ouest et Afrique centrale

1. Les mouvements de population sont importants dans cette région du monde qui englobe le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la République centrafricaine, le Tchad, le Congo, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, la Guinée équatoriale, le Gabon, la Gambie, le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Libéria, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Nigéria, le Sénégal, la Sierra Leone et le Togo. Entre 1988 et 1992, près de cinq millions de personnes se sont déplacées dans les pays d'Afrique de l'ouest comme le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Mali, la Mauritanie, le Niger et le Sénégal qui, tous ensemble, ne représentent pas plus de 26 millions d'habitants de plus de 15 ans.
3. *Les migrants temporaires et les travailleurs saisonniers, qui pour la plupart se déplacent vers les pays côtiers, sont prédominants en Afrique de l'ouest et du centre. Il s'agit habituellement d'hommes jeunes, célibataires, peu éduqués et qui quittent les régions rurales sans partenaires. Selon une étude menée par CARE en 1991 au Mali et au Niger, 50 % des migrants avouaient avoir eu des rapports sexuels dans le pays de destination. 63 % seulement des migrants en provenance du Mali savaient comment utiliser un préservatif, contre 10 % de Nigériens. Moins de 10 % d'entre eux les utilisaient. Paradoxalement, plus de 50 % des migrants maliens interrogés se déclaraient porteurs d'une MST contre 4 % de Nigériens. Un sondage similaire effectué au Ghana en 1993 indiquait que la majorité des migrants avaient eu des rapports sexuels dans leur pays de destination le mois précédent, pour la plupart avec des partenaires occasionnels.
4. Les groupes de population mobiles les plus préoccupants de cette région sont les chauffeurs routiers et les marchands itinérants. Les chauffeurs routiers peuvent facilement rencontrer des prostituées et des partenaires multiples. Ils peuvent être infectés et transmettre des MST à des kilomètres à la ronde. Ils se rendent souvent dans des régions où la prévalence du HIV est élevée. Ils ont souvent plusieurs partenaires en cours de route, comme l'a montré une étude réalisée en 1993 au Cameroun selon laquelle 62 % des chauffeurs avaient eu au moins un partenaire au cours de leur dernier déplacement ; 64 % d'entre eux avaient eu des relations avec des professionnelles. De même, selon un sondage effectué en 1992 auprès des chauffeurs routiers au Burkina Faso, 54 % avaient eu au moins un rapport sexuel pendant leur trajet et 14 % plusieurs rapports. Dans un même sondage effectué en 1993, le pourcentage des relations sexuelles déclarées avait considérablement baissé.
5. Le commerce itinérant est une activité lucrative pour les femmes de cette région. La plupart d'entre elles sont exposées à un plus grand risque d'infection par le HIV et les autres MST du fait que cette activité les oblige souvent à partir loin sans leurs familles et qu'elles se prostituent parfois pour compléter leurs revenus et obtenir de la nourriture. Selon une enquête réalisée auprès de ces femmes, 38 % avaient eu des relations extra-conjugales pour des raisons économiques. Beaucoup étaient obligées d'avoir des rapports sexuels quand elles étaient loin de chez elles. Se prostituer avec un homme du lieu pendant un déplacement était jugé préférable au fait de devoir dormir en plein air au risque d'être agressées ou volées.

* Une erreur s'étant glissée dans la numérotation de la version anglaise de ce document, le numéro "2" a été volontairement omis.

6. Depuis quelques années, les jeunes femmes de la région se déplacent de plus en plus pour vivre du commerce du sexe. Toutefois, on a également observé récemment que des jeunes réfugiées en provenance du Libéria et de la Sierra Leone se livraient à la « prostitution pour survivre » dans les night-clubs de centres urbains comme Accra au Ghana.
7. Les migrants infectés peuvent introduire le VIH chez eux s'ils ont des rapports sexuels avec leurs partenaires. Dans la région de Ziguinchor, au Sénégal, où 80 % des hommes âgés de 20 à 40 ans émigrent chaque année, une étude révèle que la migration est le seul facteur sociologique associé de manière significative à l'infection par le VIH. Aucune femme mariée ne reconnaît avoir de partenaires occasionnels tandis que 22 % des hommes mariés et 50 % des hommes non mariés ayant des partenaires réguliers l'avouent. On peut en conclure que beaucoup d'hommes ont été infectés par le VIH pendant leur migration saisonnière. Ces hommes peuvent transmettre l'infection à leurs épouses ou à leurs partenaires régulières quand ils reviennent dans leurs villages. Le caractère circulaire du mouvement migratoire et les retours fréquents au foyer peuvent être un facteur de risque aux deux extrémités du mouvement.
8. Une évaluation des mouvements transfrontières importants entre les régions rurales vient d'être faite dans le cadre d'un projet sur l'Afrique de l'ouest incluant le Burkina Faso, le Ghana et le Togo. Ce projet reprend bon nombre des questions liées aux mouvements migratoires et au VIH/SIDA et fait siennes les recommandations adressées aux migrants en matière de prévention.
9. Les populations de ces régions ont des caractéristiques culturelles communes et des liens communautaires et sont, dans une certaine mesure, interdépendantes sur le plan économique. En plus de leurs activités économiques particulières – marchands, vendeurs sur les marchés locaux, chauffeurs routiers, ouvriers agricoles saisonniers – ils franchissent régulièrement les frontières pour se faire soigner. Toutefois, comme dans d'autres pays, les programmes de lutte contre l'infection par le HIV/SIDA touchent rarement ces régions frontalières.
10. Nous présentons ci-après les conclusions d'une étude sur le contexte général du risque et de la vulnérabilité dans les régions frontalières et sur les besoins des communautés locales dans les domaines de la prévention et du traitement des MST et de l'infection à VIH/SIDA :
 - ◆ Les résultats préliminaires confirment que le nombre des partenaires sexuels est plus élevé et que les individus sont plus exposés au risque de MST, en particulier ceux qui exercent des activités exigeant une grande mobilité, comme les marchands et les chauffeurs routiers. Bien qu'aucun service spécifique, tant pour la prévention que pour le traitement, ne soit offert à ces populations, elles semblent assez bien intégrées dans les communautés locales. Ces populations pourraient, aux niveaux communautaire et politique, faire l'objet de programmes d'action intégrés.
 - ◆ Le fait que non seulement le coût des services de santé mais aussi la perception que les migrants ont de la qualité de ces services déterminent le pays où ils vont se faire soigner est tout à fait significatif. Ils vont surtout au Ghana qui, des trois pays (Burkina Faso, Ghana et Togo) offre les services les moins coûteux. Ils retournent dans leurs pays d'origine parce qu'ils n'ont pas assez d'argent, que leurs papiers ne sont pas en règle ou qu'ils souffrent de maladies, notamment du SIDA. Ces trois pays n'ont pas prévu de programmes de santé spécifiques pour les migrants transfrontières. Les services de santé y sont généralement mal équipés, manquent parfois de médicaments et la prévention des MST/SIDA laisse à désirer.

- ◆ Il ressort de l'étude qu'on dispose de moyens importants pour renforcer l'information dans le domaine de la prévention à certains points frontières et dans les services de santé visités. Les ministres de la santé et aux autres intéressés devraient en particulier se réunir régulièrement, transmettre l'information et prévoir des réseaux et des stratégies appropriés pour améliorer la santé des migrants.

Afrique orientale et australe

11. Les pays de la région incluent l'Angola, le Botswana, le Burundi, Djibouti, l'Erythrée, l'Ethiopie, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Rwanda, la Somalie, l'Afrique du Sud, le Soudan, le Swaziland, la Tanzanie, l'Ouganda, la Zambie et le Zimbabwe.
12. En Afrique de l'est, les migrations sont involontaires dans la plupart des cas. Les conflits qui ont secoué le Soudan et la corne de l'Afrique ont créé un flot de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés estime à près de 1,3 million le nombre de réfugiés en provenance des pays d'Afrique de l'est ou vivant dans ces pays en 1997. Ces populations sont parquées dans des camps ou des réserves en dehors des villes. En plus de ces migrations involontaires, ces dix dernières années ont été marquées par une forte croissance de la population urbaine résultant essentiellement de l'exode rural.
13. En Afrique australe, les flux migratoires importants observés récemment sont le fait de l'immigration involontaire des Angolais et des migrations économiques vers l'Afrique du Sud. On estime à 150 000 le nombre des réfugiés angolais et à 1,2 million celui des Angolais déplacés à l'intérieur du pays, pour la plupart des femmes, des enfants et des personnes âgées. En Afrique du Sud, en revanche, la plupart des immigrés sont plutôt des hommes jeunes non accompagnés à la recherche d'un travail saisonnier.
14. Comme la prévalence de l'infection à VIH est actuellement élevée dans presque tous les pays d'Afrique orientale et australe, le risque d'introduction du virus par les immigrés installés dans les régions où la prévalence est faible n'est plus à proprement parler une question de santé publique. On se préoccupe plutôt de savoir si les migrants ne risquent pas de contracter l'infection pendant leurs déplacements.
15. On dispose de peu de données sur la prévalence de l'infection à VIH chez les réfugiés en Afrique de l'est mais selon des études récentes ce groupe serait très vulnérable. A ce jour, peu d'actions ciblées ont été engagées pour prévenir la propagation de l'infection à VIH. Dans les grands camps de la région, le principal souci aura été de fournir de l'eau saine, de la nourriture en quantité suffisante et un abri. L'éducation sanitaire à des fins préventives est récente ou ne fait que commencer.
16. En 1998, près de 95 % des 350.000 personnes employées dans les mines d'or d'Afrique du Sud étaient des migrants, intérieurs ou internationaux, logés pour la plupart dans des hôtels. On a peu de chiffres sur les taux d'infection à VIH dans ces populations mais on observe une proportion élevée de MST. Les chiffres dont nous disposons sur le VIH dans les populations mobiles sont alarmants. Une étude menée en 1995 sur les ouvriers du bâtiment au Lesotho, qui fournit un nombre élevé de travailleurs migrants à l'Afrique du Sud, montre que la prévalence du VIH est élevée avec 5,3 % contre 0,8 % pour les ruraux du même sexe et de la même tranche d'âge.

Asie du Sud-Est

- 17.** La région du Mekong en Asie du Sud-Est comprend le Cambodge, la Chine, (et surtout les provinces du Yunnan et du Kuang-hsi au sud-ouest), le Laos, Myanmar, la Thaïlande et le Vietnam. (Note : contrairement aux autres régions dont il est question ici, les réfugiés ne sont pas considérés comme un groupe à part).
- 18.** Au cours des années 1980, la prospérité montante du Japon et des nouveaux pays industriels (NPI) en a fait des pôles d'attraction pour les travailleurs migrants venant de pays moins prospères d'Asie du Sud-Est. Bien que la plupart de ces migrants aient fini par se retrouver en situation irrégulière, les NPI d'Asie et le Japon sont devenus des pays d'accueil pour les Philippins et les Thaïlandais. De 1990 à 1994, 72 % des travailleurs migrants thaïlandais ont trouvé un emploi dans d'autres pays d'Asie. Pendant cette période, on estime que chaque année 118 000 travailleurs migrants en moyenne en provenance d'Asie du Sud-Est ont été accueillis en Indonésie et 471 000 aux Philippines (Nations Unies, 1998).
- 19.** L'émergence de nouvelles sources de travailleurs migrants comme la Chine, Myanmar et le Vietnam a encore renforcé le dynamisme de la migration de la main-d'œuvre en Asie du Sud-Est. Toutefois, la crise économique qui vient de toucher la région a déjà obligé certains pays à en expulser. De plus, ils pourraient donner un coup de frein supplémentaire à l'emploi de cette main-d'œuvre étrangère, bien qu'ils en aient encore besoin pour exercer les emplois dont leurs nationaux ne veulent pas.
- 20.** Les mouvements de population sont importants en Chine où on estime qu'entre 80 et 100 millions de personnes se déplacent à l'intérieur du pays. Un bon nombre d'entre elles font partie de ce qu'on appelle la « population flottante » ou main-d'œuvre rurale excédentaire qui part à la recherche d'un travail. Dans une moindre mesure, mais cette tendance s'accélère, un nombre croissant de chinois se déplacent hors de leurs frontières. En ce qui concerne la transmission du VIH, l'attention des autorités se porte surtout sur les centres du trafic international situés entre la province du Yunnan et le Laos, Myanmar et le Vietnam.
- 21.** Les déplacements entre les pays de cette région sont de plus en plus facilités par les nouvelles autoroutes, l'expansion des échanges commerciaux et du tourisme, l'ouverture des économies et l'assouplissement des formalités aux frontières. Dans bon nombre de communautés frontalières, les hommes sont plus nombreux que les femmes. Du fait de ce déséquilibre et que de nombreux hommes se déplacent seuls, le commerce du sexe y est particulièrement actif. Les femmes qui vivent dans ces régions frontalières sont donc plus exposées au risque d'infection à VIH, leurs partenaires pouvant être des hommes mobiles ayant un comportement à risque. Dans ces régions, les programmes de prévention et de traitement ont été difficiles à mettre en œuvre.
- 22.** Le tourisme international, les déplacements intérieurs et une certaine connivence avec l'industrie du sexe ont été reconnus comme des facteurs responsables parmi d'autres de la propagation rapide du VIH dans certains pays voisins. Les jeunes femmes se prostituent volontairement ou par force pour envoyer de l'argent à leur famille. Quand elles cessent cette activité, la plupart d'entre elles retournent dans leur pays d'origine porteuses d'une maladie sexuellement transmissible, dont l'infection par le VIH. Dans de nombreux pays, les taux de prévalence de cette infection chez les professionnelles du sexe sont très élevés, par exemple

au Cambodge où, en 1997, 39,3 % de femmes étaient déclarées positives au VIH. (*Rapport ONUSIDA/OMS sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*, juin 1998).

Europe de l'est

23. Jusqu'au milieu des années 1990, la plupart des pays d'Europe de l'est semblaient avoir échappé à la pire des épidémies de VIH. Ces dernières années cependant, le nombre des infections à HIV a été multiplié par presque six dans les anciennes économies socialistes. Environ 150 000 adultes et enfants de la région vivaient avec le VIH, ce qui représente une augmentation importante par rapport aux estimations de fin 1992. La tendance a commencé à se renverser dans plusieurs pays de l'ancienne Union soviétique à partir de 1995. Ces trois dernières années, la Belarus, la Moldova, la Fédération de Russie et l'Ukraine ont enregistré une augmentation spectaculaire des taux d'infection à VIH liée en particulier à des injections de drogues dangereuses.
24. L'éclatement de l'Union soviétique et la formation d'Etats indépendants au début des années 1990 ont entraîné un nouveau type de migration au sein de la communauté des Etats indépendants (CEI). L'une des conséquences de cet éclatement aura été le rapatriement de groupes ethniques différents. Ces groupes englobent tous les ressortissants des anciennes républiques de l'Union soviétique, des russophones et un bon nombre d'anciens déportés. Pour toutes sortes de raisons, dont le déplacement forcé, le nombre des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur a augmenté massivement.
26. *Entre 1989 et 1996, on a compté plus de 900 000 réfugiés, 1,1 million de personnes déplacées à l'intérieur et 4,2 millions de rapatriés dans la communauté des Etats indépendants (CEI). La dégradation de l'environnement a aussi poussé des centaines de milliers de personnes à émigrer. En outre, la migration de transit légale et illégale a augmenté. Entre 500 000 et un million d'immigrés afghans, iraniens et kurdes iraqiens sont entrés illégalement et vivent actuellement dans la seule Fédération de Russie. L'émigration hors de pays engagés dans des conflits armés comme l'Arménie, la Géorgie et le Tadjikistan, en particulier vers la CEI, est en très forte progression.
27. A part quelques exceptions notables, les migrants de cette région, qui comprend l'Europe centrale et orientale et la Communauté des Etats indépendants, ont obéi à des raisons économiques. En contraste frappant avec la plupart des autres régions mentionnées dans ce document, la grille d'âge de la population qui émigre actuellement vers la CEI est pratiquement la même que celle de l'ensemble de la population.
28. Dans le même temps, les changements politiques et l'ouverture de ces pays dans de nombreux domaines ont influé sur les flux migratoires. On commence seulement à comprendre le rôle de ces changements sur le VIH/SIDA et les autres maladies sexuellement transmissibles.

Mexique et Amérique centrale

29. En Amérique centrale (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Panama), et au Mexique, la plupart des mouvements migratoires s'effectuent vers le nord. La

* Une erreur s'étant glissée dans la numérotation de la version anglaise de ce document, le numéro "25" a été volontairement omis.

majorité des migrants recherchent de meilleures conditions économiques, essentiellement aux Etats-Unis et, dans une moindre mesure, au Mexique et au Canada. Il s'agit pour la plupart d'hommes jeunes ayant reçu une éducation sommaire, sans grande qualification, voire même analphabètes.

- 30.** Les migrants qui viennent d'Amérique centrale se dirigent vers le nord, au Mexique, qui devient un pays de transit important. Depuis le Mexique, beaucoup s'en vont aux Etats-Unis où ils pensent avoir plus de chances de trouver un emploi. Les mexicains qui ont émigré aux Etats-Unis sont composés à la fois de résidents permanents et de résidents temporaires et ils ont un statut légal ou illégal. Selon des sources américaines officielles, environ 3 % de la population américaine – soit près de sept millions d'habitants – est d'origine mexicaine. On estime que 2,7 millions d'entre eux sont entrés illégalement. Entre 80 et 90 % sont des hommes, célibataires ou non accompagnés, dont l'âge se situe entre 15 et 34 ans.
- 31.** Peu d'études sur les migrations et le VIH ont été faites en Amérique centrale. L'épidémie ne fait que commencer, sauf au Honduras où l'incidence, calculée sur la base de la transmission hétérosexuelle, est élevée. Le Honduras compte plus de la moitié des cas de SIDA déclarés en Amérique centrale. L'installation de bases militaires américaines dans les années 1980 et la prolifération d'usines textiles employant un nombre important de femmes peuvent expliquer pourquoi le taux d'infections à VIH y est élevé. Toutefois, les données sont loin d'être complètes car il y a tout lieu de penser que dans d'autres pays, comme le Nicaragua par exemple, la sous-notification est importante.
- 32.** Etant entendu que le mouvement migratoire se dirige vers le nord, certaines études menées dans le sud du Mexique mettent en évidence la vulnérabilité des migrants originaires d'Amérique centrale. Une étude sur les professionnels du sexe au Chiapas, dans le sud du Mexique, montre qu'ils sont en majorité originaires d'Amérique centrale. Aucun n'est positif au VIH mais 37 % ont contracté des MST. Ce résultat correspond aux tendances observées par suite de la recrudescence du commerce du sexe sur les grands axes de liaison entre les pays. Des cas de VIH/SIDA viennent d'être signalés dans les régions rurales.
- 33.** Au Mexique comme en Amérique centrale, les flux migratoires se déplacent vers le nord, c'est à dire aux Etats-Unis où la prévalence du VIH est plus élevée. Au Mexique, 25 % des ruraux déclarés porteurs du SIDA ont à un moment ou à un autre séjourné temporairement aux Etats-Unis. Ces travailleurs ruraux, des hommes jeunes pour la plupart, transmettent l'infection à leurs communautés quand ils reviennent chez eux. Si la tendance à la ruralisation de l'épidémie se poursuit au Mexique – du fait des migrations intérieures et internationales – l'impact sur la santé des femmes dans ces régions sera dramatique.
- 34.** Dix pour cent des personnes vivant avec le SIDA au Mexique ont souvent résidé aux Etats-Unis. On observe une proportion plus élevée d'hommes appartenant au groupe d'âge des 25–45 ans, ce qui correspond au profil migratoire de la région. Les types de professions exercées par les migrants ont beaucoup changé et la proportion des travailleurs non manuels, salariés, ouvriers, artisans, paysans et ouvriers agricoles a augmenté depuis 1987.

ANNEXE 2

Projets sur le VIH/SIDA et les migrations menés dans trois sous-régions par l'ONUSIDA et ses coparrainants

1. On trouvera ci-après une liste de projets et activités sur le VIH et les migrations menés dans trois sous-régions par l'ONUSIDA et ses coparrainants : l'Asie, l'Amérique du sud et centrale et l'Afrique de l'ouest. Certains projets sont axés sur la recherche et peuvent déboucher sur des actions. Cette liste a un caractère indicatif et n'est pas exhaustive.
2. Outre les projets mentionnés dans les tableaux suivants, le projet intitulé « Initiative des grands lacs sur le VIH/SIDA » a été lancé dans la sous-région de l'Afrique de l'est. Il est axé sur les populations mobiles et le VIH/SIDA.
3. L'Initiative des grands lacs inclut le Burundi, la République démocratique du Congo, le Kenya, le Rwanda, la Tanzanie et l'Ouganda. Les activités seront centrées sur les grands axes routiers et comprendront une analyse de la situation, la mise au point d'une stratégie sous-régionale pour la prévention de l'infection à VIH, la promotion du préservatif, le traitement des MST et le renforcement des moyens. Un système de surveillance transfrontières de l'infection à VIH/SIDA et des MST sera mis en place ainsi qu'un réseau d'échange d'information. En outre, un programme commun sur la prévention de l'infection à VIH/SIDA visera spécifiquement les réfugiés et les personnes déplacées.
4. L'ONUSIDA, l'OMS, la Banque mondiale et d'autres partenaires s'intéressent à plusieurs autres initiatives concernant également l'Afrique australe. Les migrations et le VIH/SIDA en sont un aspect important.
5. On dispose actuellement de peu de données sur les migrations et le SIDA en Europe de l'est. Cependant, un projet vise les professionnels du sexe qui se déplacent entre la République tchèque et l'Allemagne. Des discussions préliminaires ont également eu lieu à propos de « l'Initiative de la Mer noire » dans le cadre de laquelle la question des migrations et du SIDA sera examinée

Liste des projets sur le VIH/SIDA et les migrations (Afrique de l'ouest)

Projets	Activités	Pays, régions concernés	Types de migrants	Durée du projet	Sources de financement	Agents d'exécution	Liaison avec les ONG
Projet de recherche sur les migrations et le VIH/ SIDA au Burkina Faso	Analyse de situation, IEC, préservatifs	Koupela	Voyageurs, commerçants, professionnels du sexe	Phase initiale : 12/97 à 11/98	ONUSIDA/ Banque mondiale	Equipe nationale, programme national de lutte contre le SIDA	Organisations locales à assise communautaire
Projet de recherche sur les migrations et le VIH/ SIDA en Côte d'ivoire	Analyse de situation, préservatifs, formation aux MST	Ferkessedougou	Chauffeurs routiers, propriétaires de bars/hôtels, professionnels du sexe	Phase initiale : 11/97 à 11/98	ONUSIDA/ Banque mondiale	Equipe nationale, programme national de lutte contre le SIDA	Organisations locales à assise communautaire
Projet de recherche sur les migrations et le VIH/ SIDA au Mali	Analyse de situation, IEC, préservatifs	Sikassou	Chauffeurs routiers, professionnels du sexe	Phase initiale : 1/98 à 11/98	ONUSIDA/ Banque mondiale	Equipe nationale, programme national de lutte contre le SIDA	Organisations locales à assise communautaire et ONG
Projet de recherche sur les migrations et le VIH/SIDA au Niger	Analyse de situation, IEC,, préservatifs, mobilisation communautaire	Gaya	Voyageurs, chauffeurs routiers, communauté locale, professionnels du sexe	Phase initiale : 11/97 à 11/98	ONUSIDA/ Banque mondiale	Equipe nationale, programme national de lutte contre le SIDA	Organisations locales à assise communautaire
Projet de recherche sur les migrations et le VIH/SIDA au Sénégal	Analyse de situation, IEC, préservatifs, mobilisation communautaire	Voie ferrée, Tambacounda, Thiès	Chauffeurs routiers, commerçants, employés des chemins de fer, professionnels du sexe	Phase initiale : 10/97 à 11/98	ONUSIDA/ Banque mondiale	Equipe nationale, programme national de lutte contre le SIDA	Organisations locales à assise communautaire
Etude sur les migrations trans-frontières, la santé sexuelle et le VIH/SIDA : Burkina Faso, Ghana et Togo	Etude sur les caractéristiques sociales du comportement sexuel, CACP	Régions frontalières des trois pays	Commerçants, agents de santé communautaire et patients, professionnels du sexe	8/97 à 8/98	ONUSIDA, GTZ, CIDA*	ONG locales, Services de santé, ACTION SIDA	CARE
Document de synthèse du projet pilote sur les migrations et le VIH/SIDA	Etudes sur les migrations et le SIDA, analyse des projets pilotes			Fin du projet : 8/97	ONUSIDA/ Banque mondiale	Tous les CCIP ; consultant (Cheikh I : Niang)	

* CIDA : Agence canadienne pour le développement international

Liste des projets sur le VIH/SIDA et les migrations (Asie)

Projets	Activités	Pays, régions concernés	Types de migrants	Durée du projet	Sources de financement	Agents d'exécution	Liaison avec les ONG
Programme de lutte contre le SIDA de Bhoruka, Autoroute de Raxaul	IEC, MST	Inde, Népal	Chauffeurs routiers, professionnels du sexe	Commencé : juillet 1995 Terminé : juillet 1998	APICT/ONUSIDA, UNICEF, PNUD, Institut indien de gestion de la santé, FHI, AIDSCAP	Fonds d'aide publique de Bhoruka Fonds d'aide sociale (GWP)	NACO***
Evaluation sommaire et projet de recherche sur les migrants	Projet de recherche, ateliers IEC	Népal et frontière indo-népalaise	Migrants internationaux, ouvriers journaliers		ONUSIDA SCF/USAID, Plan International Nepal	NCASC**	
Prévention chez les travailleurs migrants par le biais de programmes d'éducation/communication	IEC Préservatifs MST	Chine	Travailleurs migrants		PNUD	9 établissements universitaires publics	
Risque de diffusion du VIH/SIDA à la frontière lao-vietnamienne		Laos-Vietnam			ONUSIDA	PNUD UNICEF OMS	
Collaboration entre Sulawesi (nord) et Mindanao (sud) sur la prévention de l'infection à VIH/SIDA		Indonésie-Philippines					
Deuxième consultation technique sur la population de migrants et le VIH/SIDA		Pays d'Asie du Sud-Est				GTZ SEAMEO-Tropmed OMS	
Approches concernant la recherche appliquée sur les populations mobiles et la vulnérabilité au VIH/SIDA		Pays d'Asie du Sud-Est, Asie de l'est			ONUSIDA	AIDSCAP Fondation Ford UNICEF	
Sensibilisation au VIH/SIDA de la main-d'œuvre féminine migrante	IEC	Sri Lanka	Femmes	10/98	SLBLE* FPSDP FNUAP	SLBLE	

*SLBLE :Bureau sri lankais pour l'emploi des étrangers

**NACO : Organisation nationale de lutte contre le SIDA

***NCASC : Centre national de lutte contre le SIDA et les MST

Liste des projets sur le VIH/SIDA et les migrations (Amérique du Sud et Amérique centrale)

Projets	Activités	Pays, régions concernés	Types de migrants	Durée du projet	Sources de financement	Agents d'exécution	Liaison avec les ONG
Campagne de prévention de l'infection à VIH/SIDA et les MST à l'intention des chauffeurs routiers en Amérique centrale	IEC, préservatifs, réseau de soutien	Costa Rica, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panama	Chauffeurs routiers et leur accompagnateur	1996		ILPES**	CONFESIDA***
Campagne de prévention de l'infection à VIH/SIDA à l'intention des chauffeurs routiers en Amérique centrale	IEC, préservatifs, réseau de soutien	Mexique	Chauffeurs routiers et leur accompagnateur	1998	USAID		
Recherche active sur les migrations, le commerce du sexe et les MST/HIV/SIDA à la frontière sud du Mexique	Analyse de situation, IEC, préservatifs	Tuxtla, Gutierrez, Comitán, Cuidad, Hidalgo	Professionnels du sexe		OMS		
Etude sur les chauffeurs routiers		La plupart des pays de la région			Gouvernement néerlandais		
Projet de recherche sur les migrations et le VIH/SIDA au Sénégal		Frontière entre le Guatemala et le Honduras			CONASIDA*		
Recherche épidémiologique		Morelos Guanajuato					
Etude d'impact d'un programme éducatif au Mexique	Etudes sur les migrations et le SIDA, analyse des projets pilotes						

*CONASIDA : Agence nationale mexicaine pour la lutte contre le SIDA

**ILPES : Institut ladino-américain pour la prévention des maladies et l'éducation à la santé

***CONFESIDA : Confédération des ONG d'Amérique centrale s'occupant de la lutte contre le SIDA