

# Migration internationale et VIH/sida

Novembre 2004



1 Nicholas, Suite 726 Ottawa ON K1N 7B7  
Telephone: (613) 233-7440 • Fax: (613) 233-8361  
E-mail: [info@icad-cisd.com](mailto:info@icad-cisd.com) • Web: [www.icad-cisd.com](http://www.icad-cisd.com)

## Introduction

Les Nations Unies considèrent que le sida et la migration internationale de millions de personnes, dans les pays pauvres en ressources, sont deux problématiques parmi les plus cruciales du monde contemporain. Bien que le fait d'être migrant n'est pas en soi un facteur de risque, certaines activités et circonstances du processus migratoire sont liées à une vulnérabilité accrue au VIH/sida. La réaction adéquate à ces facteurs représente un aspect essentiel d'une stratégie mondiale complète pour la lutte au VIH/sida.

Selon l'ONUSIDA et l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), en 2003, environ 175 millions de personnes vivaient et travaillaient à l'extérieur de leur pays de citoyenneté (1). On estime que 15 millions d'entre elles sont des migrants clandestins ou sans papiers dont la moitié seraient des femmes (2). Avant de poursuivre l'analyse des répercussions du VIH/sida sur la migration internationale, il peut être utile pour le lecteur de savoir que les Nations unies ont mis au point une liste de définitions des différentes catégories de personnes en mouvement (réfugiés, travailleurs migrants, etc.). La présente fiche s'appuie sur les définitions de l'ONU que vous trouverez également dans la dernière section.

## Pourquoi des personnes migrent

Plusieurs personnes mobiles se déplacent à plusieurs reprises entre leur communauté et leur destination. Ainsi, le flux migratoire international est souvent cyclique et très changeant. La distribution inégale des ressources, le chômage, l'instabilité socioéconomique et les troubles politiques sont directement liés au phénomène de la mobilité, et fréquemment en cause dans la migration volontaire ou forcée. Les raisons précises de la migration sont diverses. Plusieurs personnes migrent volontairement pour avoir accès à des possibilités d'emploi et à une meilleure qualité de vie. Comme nous le mentionnions précédemment, d'autres sont contraintes de migrer à cause de guerres, de violence, de

violation de droits humains, de tensions ethniques, de famine, de pauvreté ou de persécution. L'une des principales causes de déplacement sont les projets de développement économique de grande ampleur : chaque année, des dizaines de millions de personnes sont déplacées par ce développement, notamment par des projets de barrages sur des cours d'eau.

Quelle que soit la catégorie correspondant à leur cas, les populations mobiles sont souvent très marginalisées et stigmatisées, pendant tout le processus migratoire, que ce soit en phase de transit, dans la communauté d'accueil ou au retour dans la communauté d'origine. Ces personnes sont vulnérables à la discrimination, à la xénophobie, à l'exploitation et au harcèlement, et il se peut qu'elles ne bénéficient que de peu de protection juridique ou sociale, voire aucune. Celles qui migrent de manière involontaire sont particulièrement vulnérables - en particulier les peuples indigènes, les minorités ethniques et les personnes pauvres d'origine urbaine ou rurale. Le statut juridique des populations mobiles est souvent un facteur déterminant de leur degré de vulnérabilité. Les migrants non documentés sont moins susceptibles d'avoir accès à l'éducation ainsi qu'aux soins de santé et aux services sociaux. Les femmes constituent la moitié des personnes migrantes et, outre le stress constant qui accompagne la migration, elles doivent composer avec les pressions additionnelles de la violence sexuelle et de la discrimination fondée sur le sexe.

## La migration et le risque

Une abondance de données montrent que les populations migrantes ont un risque plus élevé de piètre santé en général et d'infection à VIH, en particulier. Dans plusieurs pays en développement, les régions qui signalent un taux plus élevé de mobilité saisonnière ou à long terme présentent aussi des taux plus élevés d'infection à VIH. Cela est particulièrement évident le long des voies de transport et dans les régions frontalières. Ce lien, entre le VIH et la migration, est bien documenté. Une étude réalisée dans une communauté rurale de l'Ouganda a permis de constater que le taux de séroprévalence du VIH parmi les personnes qui avaient migré

était de 11,5% plus élevé que parmi les autres (3). Constat tout aussi sérieux, dans une étude réalisée par CARE : 50% des migrants déclaraient avoir eu des rapports sexuels une fois à destination, mais seulement 10% déclaraient avoir utilisé des condoms (4).

Une multitude de conditions et de facteurs favorisent la propagation du VIH/sida parmi les populations mobiles; plusieurs de ces réalités découlent de transitions culturelles qui font partie du processus migratoire. La migration implique généralement une rupture des normes et traditions culturelles, une difficulté à interpréter et à accepter un nouvel environnement. Dans les sociétés où le discours public à propos de la sexualité est traditionnellement empreint de réserve, et où le contrôle en la matière est strict, les personnes migrantes peuvent être conscientes ou non que leur comportement entre en conflit avec des normes publiques de leur communauté adoptive. Cette confusion possible peut conduire à une non-appartenance à la culture d'accueil, pouvant entraîner une réticence à avoir recours aux systèmes de soins de santé et aux services des professionnels qui s'occupent des programmes de prévention et de soins du VIH/sida. Naturellement, cela aura un impact sur les efforts de santé publique pour réagir à l'épidémie.

Un développement social inadéquat est un autre facteur qui contribue de manière importante à la propagation du VIH dans les populations migrantes. La vulnérabilité au VIH est souvent aggravée, lorsque l'on se retrouve à vivre et à travailler dans des conditions de pauvreté, d'impuissance et d'instabilité sociale. De telles circonstances, qui sont le lot de plusieurs populations mobiles, pourraient nuire à la motivation et à la capacité individuelle de négocier le sécurisexe. Plusieurs populations mobiles n'ont pas accès à des services éducationnels, sanitaires ou sociaux; peu d'individus sont disposés à demander de l'aide médicale, de peur d'être détenus ou expulsés. De plus, les pays hôtes sont souvent peu enclins à investir dans la santé et l'hygiène des migrants; plusieurs régimes nationaux de soins de santé exercent de la discrimination en excluant les migrants ou en ne leur accordant que des soins d'urgence.

### Facteurs pertinents au VIH/sida et à la migration

Les conflits régionaux, la mondialisation, des désastres environnementaux et une réduction globale des dépenses en soins de santé ont un impact majeur, à la fois sur le VIH/sida et sur la migration internationale.

**Conflits régionaux :** Plutôt qu'une confrontation entre des armées professionnelles, la guerre est de plus en plus souvent affaire de luttes entre l'armée et la population civile d'un même pays. En 2003, plus de 72 pays étaient considérés comme instables à cause de conflits régionaux marqués par la violence (5). Des conflits sans précédent, dans le monde, ont entraîné des mouvements massifs de la population : nombre de gens cherchent à échapper au chaos des guerres. En conséquence, le nombre de réfugiés de conflits armés a augmenté de 2,4 millions à 27,4 millions, dans le monde, entre 1997 et 2003 - et le nombre de personnes déplacées à l'intérieur des frontières, dans les pays en guerre, est estimé à 30 millions (6).

En temps de guerre et de conflit armé, les civils sont souvent déplacés en masse, victimes de violations de droits humains et de violence sexuelle, dans des conditions de pauvreté. Ces facteurs accroissent généralement la vulnérabilité à des problèmes de santé comme le VIH/sida. Par exemple, pendant plus d'une décennie de guerre civile au Sierra Leone, la prévalence du VIH parmi les travailleuses sexuelles a atteint 71%. Dans d'autres études, on a constaté que 11% des gardiens de la paix du Nigeria revenus de missions en zones de conflit avaient contracté le VIH (ce taux est le double de celui observé dans le reste de la population nationale).

Les liens entre la migration forcée et le risque de contracter le VIH sont évidents lorsque l'on examine les statistiques à propos des réfugiés et des PDI. Des 17 pays où l'on observe les plus hauts taux de VIH/sida, treize sont situés dans des régions en conflit. La prévalence du VIH parmi les travailleuses sexuelles du Sierra Leone a bondi de 27% à 71%, en dix années de guerre civile; et au Rwanda, on croit que le génocide de 1994 a contribué à étendre l'épidémie vers les régions rurales (7).

Les conflits armés peuvent augmenter de plusieurs manières la probabilité d'exposition au VIH. Les déplacements massifs de population peuvent pousser des personnes vers des régions où la prévalence du VIH est plus élevée que dans leur région d'origine, pouvant accroître les taux d'exposition. Ces mouvements de population perturbent les réseaux et fondements sociaux qui contribuent généralement à protéger les individus et à les soutenir. Les conflits armés peuvent par ailleurs créer des conditions où les femmes et les filles sont contraintes d'échanger des faveurs sexuelles contre de l'argent, de la nourriture ou une certaine protection. Par ailleurs, plusieurs combattants ont recours au viol comme arme de guerre, ce qui expose d'autres femmes au risque d'infection par le VIH (une réalité documentée dans plusieurs conflits récents, notamment en Bosnie-Herzégovine, en

République démocratique du Congo, au Liberia et au Rwanda).

**Mondialisation et migration de la main d'œuvre :** L'intensification de la mondialisation économique, la libéralisation du commerce et la récente ouverture de frontières ont conduit à une augmentation marquée de la mobilité internationale des populations. La pauvreté croissante, qui est généralement reconnue comme un des principaux facteurs responsables de l'expansion rapide de la pandémie du VIH/sida, est étroitement associée à l'ordre économique mondial actuel. La distribution inégale des ressources et la disparité croissante entre le Nord et le Sud conditionnent l'ampleur et l'intensité de la migration de la main d'œuvre. La pauvreté et le chômage incitent des individus à déménager pour trouver du travail et pour tenter de bâtir une vie meilleure dans d'autres pays.

Les changements dus à la mondialisation, en matière d'économie, de technologie et de main d'œuvre, nécessitent que les ouvriers soient mobiles comme des matériaux et des produits - librement et rapidement. Les travailleurs migrants répondent à une croissance économique sans précédent, à une croissance dans les secteurs du commerce international et du tourisme, à une libéralisation des politiques économiques ainsi qu'à un assouplissement des restrictions de séjour. Ces changements économiques mondiaux s'accompagnent d'une urbanisation rapide, créant des déséquilibres dans le développement social et communautaire. Dans plusieurs pays, les travailleurs migrants sont considérés uniquement comme de la main d'œuvre et les gouvernements échouent à leur fournir des services adéquats de santé et d'éducation. De plus, si la croissance économique décline, il n'est pas rare que l'État expulse les travailleurs migrants.

Les travailleurs migrants, comme plusieurs populations mobiles, sont vulnérables à des problèmes de santé, comme l'infection à VIH. Les facteurs répandus de risque et de vulnérabilité incluent les conditions de vie médiocres, les taux élevés de consommation d'alcool et les rapports sexuels avec de multiples partenaires ou des travailleurs sexuels. Les taux de prévalence parmi les personnes qui voyagent pour le travail font foi de l'ampleur de cette vulnérabilité. Parmi les ouvriers des sociétés d'exploitation minière en Afrique, dont 95% sont des travailleurs migrants, les taux d'infection à VIH approchent les 18% (8). Au Sénégal, où 82% des hommes de 20 à 40 ans migrent annuellement pour le travail, la mobilité de la main d'œuvre a été repérée comme étant le seul facteur d'importance associé au VIH/sida (9).

**Détérioration environnementale :** Les désastres environnementaux, naturels ou de cause humaine, sont une raison importante de la mobilité de la population. La sécheresse, la famine et les inondations peuvent déplacer des millions de personnes à la fois, les forçant à vivre dans conditions semblables à celles de réfugiés. De tels désastres exposent les populations mobiles à une vulnérabilité accrue à plusieurs maladies et au risque de contracter le VIH. En 2004, des inondations en Asie du Sud ont fait d'importants dégâts au Bangladesh, où quelque 25 millions de personnes ont été affectées. Seulement dans la ville de Dhaka, un million et demi de personnes ont été forcées de quitter leur domicile pour chercher refuge. Sans délai, des flambées de diarrhée, de dysenterie, de typhoïde et de jaunisse ont été signalées, après la destruction des systèmes d'égouts par les flots. Cette situation a aggravé les conditions de pauvreté et de rareté des systèmes de santé qui prévalaient déjà et en raison desquelles ces populations étaient vulnérables au VIH/sida.

Chaque année, des millions de personnes sont forcées de migrer en raison de politiques et de projets qui visent à intensifier le développement - notamment en matière d'exploitation minière, d'exploitation forestière, de déforestation pour l'agriculture ainsi que de construction de barrages et de routes. Dans les années 1990, entre 90 et 100 millions de personnes ont été déplacées par des projets de développement (10). Ces projets affectent particulièrement des populations qui sont déjà vulnérables, comme les groupes indigènes, les minorités ethniques et les populations pauvres de milieu rural ou urbain. Les personnes déplacées par le développement sont aux prises avec les mêmes risques que les autres personnes forcées de migrer; de surcroît, il arrive souvent que leur situation ne soit pas reconnue et qu'elles ne reçoivent que très peu de soutien et d'aide de l'extérieur. En Chine, l'on s'attend à ce que la construction du barrage des Trois Gorges affecte la santé et le bien-être de millions de personnes. Le réservoir qui sera formé en amont, sur le fleuve Yangtze, déplacera au moins trois millions de personnes et affectera jusqu'à 20 millions de personnes qui vivent le long de ce fleuve (11). Cette population est déjà pauvre; les services de santé, l'approvisionnement en eau potable et les systèmes d'égouts dans la région sont inadéquats; l'Organisation mondiale de la santé y prévoit une résurgence d'infections endémiques, comme le paludisme, l'encéphalite et l'hépatite B. La transmission du VIH est par ailleurs une préoccupation importante liée à la vie nocturne active et à l'industrie du commerce sexuel qui se sont développées avec l'arrivée d'un important contingent de travailleurs pour la construction du barrage. Le risque est exacerbé par la prévalence de la gonorrhée, qui est la troisième maladie infectieuse la plus répandue en Chine.

**Compression des investissements en santé publique :** La mondialisation a engendré un cycle de pauvreté structurelle qui affecte grandement la capacité de plusieurs pays en développement de soutenir des initiatives de développement social. Des politiques fiscales libérales restrictives sont imposées aux pays en développement comme conditions d'admissibilité à des programmes d'aide ou de prêts du Fonds monétaire international et de la Banque mondiale. Ces politiques ont entraîné une diminution des dépenses publiques, dans ces pays, ce qui occasionne des conditions qui rendent plus difficile de s'attaquer aux problèmes élémentaires de santé. En conséquence, dans plusieurs pays de l'Afrique, le budget annuel de santé est de moins de 10\$ par habitant; et plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne se trouvent à déboursier 1,30\$ au service de leur dette, pour chaque dollar reçu en aide internationale (12).

Les négociations multilatérales sur le commerce, en cours à l'Organisation mondiale du commerce (OMC), entraînent une libéralisation du commerce et érodent la capacité des gouvernements de réglementer les services du secteur public et d'investir dans ce secteur. Cela a un impact considérable sur le VIH/sida et sur la migration internationale. La proposition d'Accord général sur le commerce des services, actuellement en négociation, risque d'avoir un effet de libéralisation supplémentaire sur les services de santé. L'on peut s'attendre à ce que l'éventuelle entrée en vigueur de cet accord intensifie la tendance à mettre sur pied des hôpitaux privés, à but lucratif, gérés par des investissements étrangers - ce qui éroderait encore plus la capacité des pays pauvres en ressources de voir aux besoins de santé des migrants, puisque les soins de santé privés négligent généralement les besoins des populations déjà désavantagées.

La réduction des dépenses publiques en santé a déjà de graves conséquences sur la santé des populations mobiles. Les migrants ont souvent des difficultés d'accès aux systèmes nationaux de soins de santé, en plus d'être rarement titulaires d'une assurance. Dans une étude auprès d'ouvriers agricoles mexicains travaillant en Californie, on a constaté que 30% n'avaient jamais consulté un médecin, que 75% n'avaient aucune assurance-santé et que seulement 7% étaient couverts par un régime de soins de santé financé par le gouvernement (13). Plusieurs de ces travailleurs vivent dans des conditions qui les rendent particulièrement vulnérables au VIH et n'ont aucun accès à des services de test, de traitement et de prévention. Par ailleurs, des pays riches continuent de recruter des médecins et d'autres professionnels de la santé dans le monde en développement, en leur offrant de meilleurs

salaires et des conditions de travail avantageuses. Cet exode de travailleurs qualifiés aggrave les lacunes dans plusieurs pays. Au Ghana, le taux de postes vacants de médecins atteint les 72%; au Malawi, ce taux parmi le personnel infirmier est de 52,9% (14).

Le Canada est un des pays actuellement responsables de cette situation : il recrute des professionnels de la santé dans des pays en développement. Dans certaines provinces canadiennes, notamment en Saskatchewan, jusqu'à 54% des médecins qui pratiquent ont été formés à l'extérieur du Canada. En 1998, on comptait au Canada 1 338 médecins gradués de facultés de médecine de l'Afrique du Sud. Cela a incité le Haut-commissaire de l'Afrique du Sud au Canada à lancer un appel sans précédent aux ministres canadiens de la Santé afin qu'ils cessent de recruter des médecins d'Afrique du Sud.

Dans le rapport de 2004 de l'ONUSIDA, les auteurs mettent en relief ce problème et son effet sur les services publics vitaux dans les pays de l'Afrique australe. Des commentaires semblables sont venus de l'OMS, notamment en ce qui a trait à son Initiative 3 X 5 qui vise l'objectif mondial de fournir des antirétroviraux à 3 millions de personnes vivant avec le VIH/sida dans des pays en développement et à revenu moyen, d'ici à 2005 - première étape vers le but de l'accès universel au traitement pour toutes les personnes qui en ont besoin. La mise en œuvre de cette stratégie nécessitera une action concertée et soutenue, de nombreux partenaires, y compris les nations riches qui continuent de recruter des professionnels de la santé dans des pays où le nombre de médecins et d'infirmiers est déjà insuffisant, et où l'épidémie est la pire.

## Coups d'oeil régionaux

Les études de cas régionales suivantes illustrent la relation entre la migration internationale et le VIH/sida ainsi que son impact sur les populations les plus vulnérables.

**Région des Grands lacs d'Afrique :** Cette région de l'Afrique fournit un exemple éloquent des effets d'un conflit armé sur le VIH/sida et la migration. Au Rwanda, on croit que le génocide de 1994 a contribué à étendre l'épidémie vers les régions rurales, qui avaient été moins touchées. Avant la guerre, le taux de VIH y était estimé à environ 1%; en 1997, la prévalence du VIH avait grimpé à 11%. Cette hausse est attribuée au mélange des populations rurales et urbaines dans les camps de réfugiés.

La guerre civile a fait fuir plus de deux millions de réfugiés du Rwanda vers d'autres pays de l'Afrique centrale. Parmi les Rwandais réfugiés dans un camp de la Tanzanie, des chercheurs ont observé une augmentation de l'activité sexuelle des adolescents après leur migration, une croissance du travail sexuel dans la région avoisinante, ainsi qu'un faible accès aux condoms. Dans les camps de réfugiés, le taux de séroprévalence du VIH était de six à huit fois plus élevé que dans les régions rurales d'où provenaient les populations (15). En dépit de taux d'incidence élevés, l'accès aux services de santé et de planification familiale est médiocre, dans ces camps.

Le viol comme arme de guerre a eu d'importantes conséquences après le conflit rwandais. Dix-sept p. cent des femmes violées durant cette période ont reçu un diagnostic d'infection à VIH. Ce phénomène a aussi provoqué l'accroissement des taux d'infections transmissibles sexuellement et de VIH parmi les employés de services en uniforme, notamment les gardiens de la paix. Dans certains pays, on recense des taux de VIH extrêmement élevés parmi les membres des forces armées qui ont servi en zone de conflit. En Ouganda, le taux de prévalence du VIH dans l'armée atteint les 10%, ce qui a incité les autorités à introduire des programmes de test, de traitement et de soutien (16).

**Asie du Sud-Est :** L'épidémie connaît un essor rapide en Asie, particulièrement en Chine, en Indonésie et au Vietnam. On estime à environ 7,4 millions le nombre de personnes qui vivent avec le VIH dans cette région. La région du grand Mékong fournit un exemple frappant de risques spécifiques liés au commerce sexuel international. Bien que le taux de prévalence du VIH dans cette région soit encore inférieur à 1%, de graves épidémies frappent le Cambodge, le Myanmar et la Thaïlande (17). Des taux élevés d'infection sont observés parmi les travailleurs sexuels de la région. Dans certains cas, la prévalence estimée du VIH, parmi cette population, atteint les 40% à 60% (18).

Le tourisme international, les voyages domestiques et leurs liens avec le commerce sexuel sont parmi les facteurs identifiés comme étant responsables de la propagation rapide du VIH dans cette région. Cela est particulièrement évident dans la région de Ranong, qui longe la frontière entre la Thaïlande et le Myanmar : ses résidents sont très vulnérables au VIH/sida, vu la forte présence de jeunes hommes et femmes célibataires et l'abondance des sites de commerce sexuel. Il arrive souvent que des jeunes femmes entrent ou soient forcées de s'adonner au commerce sexuel pour soutenir financièrement leurs familles.

Le trafic de femmes à des fins de commerce sexuel international est répandu; on rapporte que les propriétaires de maisons de prostitution voyagent beaucoup pour recruter des femmes des communautés les plus pauvres, isolées et peu éduquées. Néanmoins, les réactions à l'épidémie sont souvent limitées, particulièrement au Cambodge, au Laos et au Myanmar, et s'intéressent peu au lien entre la migration et le VIH/sida. En Thaïlande, toutefois, une vaste gamme de stratégies sophistiquées ont été mises en œuvre pour s'attaquer à l'épidémie du VIH/sida.

**Afrique australe :** L'Afrique du Sud attire de nombreux travailleurs migrants. L'industrie minière sud-africaine, qui emploie plus de 300 000 travailleurs du Lesotho, du Botswana, du Swaziland et du Mozambique, illustre clairement la vulnérabilité particulière des travailleurs migrants devant le VIH/sida. Par exemple, on trouve à Carletonville (près de Johannesburg) le plus vaste complexe minier d'extraction d'or au monde, qui emploie quelque 70 000 travailleurs. Jusqu'à récemment, la plupart des travailleurs étaient hébergés dans des auberges réservées à un sexe, sans leurs épouses ou familles. Ainsi, il n'est pas rare que ces hommes aient deux épouses - une dans leur village d'origine, qu'ils voient occasionnellement, et une en Afrique du Sud, près de la mine. Des études menées dans cette région ont révélé des taux élevés d'infection à VIH, parmi les mineurs, les travailleuses sexuelles et les jeunes femmes des communautés adjacentes aux mines.

En 2003, on a estimé qu'un mineur sur trois vivait avec le VIH/sida (19). Plusieurs d'entre eux ne connaissent pas leur séropositivité et peuvent transmettre le VIH à leurs épouses et partenaires. Ce facteur joue un rôle crucial dans la propagation rapide du VIH en Afrique australe. Au Mozambique, qui compte quelque 65 000 travailleurs miniers, les conséquences du VIH sont dévastatrices. Sur une population de 18 millions, 1,6 million d'habitants ont le VIH/sida et plus de 350 000 en sont déjà décédés (20). Toutes les sociétés minières d'importance ont commencé à mettre sur pied des programmes pour fournir à leurs employés séropositifs des antirétroviraux et une éducation à la prévention. L'accès aux traitements est toutefois conditionnel au statut d'employé. Plusieurs mineurs qui sont trop malades voient leurs contrats résiliés et sont renvoyés chez eux sans pension ni prestations d'assurance santé ou décès.

### Implications en termes de politiques publiques

Malgré les données solides qui démontrent les liens entre le cours de la pandémie et la mobilité humaine, on trouve relativement peu de politiques conçues pour tenir compte de la relation entre la migration et le VIH. L'OIM a démontré que des politiques désuètes en matière de migration vont de pair avec plusieurs des facteurs sociaux qui accroissent les risques pour la santé des populations mobiles.

La plupart des politiques mettent l'accent sur des mesures restrictives et des approches prohibitionnistes. Plusieurs pays d'accueil établissent le profil de santé des personnes mobiles et interdisent l'entrée à celles qui vivent avec le VIH. En 2003, plus de 60 pays exigeaient un test du VIH et, en cas de résultat positif, refusaient l'entrée au demandeur. Cette pratique persiste même si l'OMS a disséminé à grande échelle de l'information détaillée sur l'inefficacité de cette approche. On considère que la sélection des immigrants en fonction de leur état de santé contribue à la migration illégale et non documentée, et qu'elle peut pousser les migrants à éviter le recours à des services de prévention efficaces. Plusieurs pays sont incapables d'investir sur le plan de la santé et de l'hygiène dans les camps de réfugiés, ou sont peu disposés à le faire; plusieurs régimes de soins de santé sont discriminatoires à l'endroit des travailleurs migrants. La migration est souvent considérée comme une question de sécurité ou d'intérêt national, mais on ne s'occupe pas de ses ramifications pour la santé publique.

Plusieurs types d'améliorations aux politiques publiques en matière de migration sont cruciaux à l'efficacité des efforts régionaux et internationaux de lutte contre le VIH/sida. L'ONUSIDA a formulé un certain nombre de recommandations, notamment au chapitre des réactions nationales, pour aborder la prévention, les soins et le soutien tout au long du processus migratoire. Il est suggéré que ces réactions fassent partie d'une approche d'habilitation pour améliorer la situation individuelle sur les plans juridique, social, économique et sanitaire. Les recommandations particulières incluent de : mettre sur pied un système sécuritaire pour l'approvisionnement en sang, dans les régions où le mouvement de la population est intense; fournir un accès facile à des condoms; fournir les instruments nécessaires aux précautions universelles; fournir des services de prévention et de counselling sur le VIH/sida; améliorer l'accès à du matériel d'injection sécuritaire ainsi qu'à des services de santé qui abordent notamment les questions de santé génésique.

### Que peuvent faire les organismes de la société civile?

En 2001, le lien entre le VIH/sida et la migration a été reconnu par les États membres des Nations Unies, au paragraphe 50 de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida.

Cet article de la Déclaration enjoint les États membres à mettre en œuvre des stratégies qui favorisent l'accès des migrants et des travailleurs mobiles à des programmes de prévention du VIH/sida, notamment par la fourniture d'information sur les services sociaux et de santé.

Il existe aujourd'hui une somme importante de ressources pour les initiatives sur le VIH/sida, à l'échelle internationale. Les organismes de lutte contre le VIH/sida et les ONG peuvent contribuer à la fourniture de services qui favorisent la protection des droits humains des migrants. L'OIM énumère plusieurs mesures par lesquelles on pourrait favoriser une telle approche, entre autres :

- des stratégies reliant les efforts entre les pays d'origine, de transit et de destination;
- des programmes de jumelage qui favorisent la collaboration transfrontalière;
- une intégration des programmes sur le VIH/sida dans d'autres services pour migrants;
- des initiatives pour susciter une réduction des risques par la modification du comportement, parmi les migrants non documentés, plutôt que de stigmatiser ces personnes;
- l'implication des communautés de migrants dans les efforts pour faire en sorte que les politiques publiques respectent le droit fondamental des migrants à des services sociaux et de santé.

### Définitions des principales catégories de migrants

Le terme "**personnes mobiles**" désigne les personnes qui se déplacent d'un lieu à un autre de manière temporaire, saisonnière ou permanente pour des raisons volontaires ou non. Les principaux groupes de cette catégorie incluent les employés du secteur des transports (comme les camionneurs, employés ferroviaires et chauffeurs d'autobus), commerçants itinérants, employés de lignes aériennes, marins, ouvriers agricoles, employés de services en uniforme, travailleurs et travailleuses sexuel-les, ainsi que les employés du secteur touristique et hôtelier (21).

Les **travailleurs migrants** sont un sous-groupe de personnes mobiles. On peut les définir comme des individus qui font une activité rémunérée dans un État dont elles n'ont pas la nationalité (22). Les travailleurs migrants peuvent être externes (se déplaçant d'un pays à l'autre) ou internes (se déplaçant de leur domicile à un autre lieu dans le même pays).

Les exemples de travailleurs migrants incluent les individus qui voyagent pour travailler, comme les ouvriers de mines, les ouvriers agricoles ou les professionnels de la santé qui cherchent de meilleures conditions de travail et de salaire dans des pays industrialisés. Les travailleurs migrants sont une importante part des personnes mobiles : des 175 millions de personnes mobiles, dans le monde, 120 millions sont des travailleurs migrants et des membres de leur famille (23). La majorité des travailleurs migrants sont admis dans les pays hôtes pour une période limitée, en vue qu'ils retournent dans leur pays à l'expiration de leur contrat de travail.

Un **réfugié** est une personne qui, en raison d'une crainte fondée de persécution pour des considérations de race, de religion, de nationalité, d'appartenance à un groupe social particulier, ou d'opinion politique, se trouve à l'extérieur du pays dont elle a la nationalité (24). Aujourd'hui, des millions de civils fuient des conflits comme la guerre civile ou la violence ethnique, tribale ou religieuse. La position des Nations Unies est que les personnes qui tentent d'échapper à de telles situations devraient être considérées comme des réfugiés. Les **personnes déplacées à l'intérieur des frontières** (PDI) sont aussi des personnes qui ont été forcées de quitter leur lieu de résidence. Cependant, elles se distinguent des réfugiés par le fait qu'elles n'ont pas traversé une frontière nationale reconnue internationalement. En 2003, on comptait plus de 42 millions de réfugiés et de PDI, dans le monde (25).

## Internet

**South African Migration Project** : [www.queensu.ca/sam](http://www.queensu.ca/sam)

**Centre international pour la migration et la santé** : [www.icmh.ch](http://www.icmh.ch)

**Organisation internationale pour la migration** : [www.iom.int](http://www.iom.int)

**Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés** : [www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/home](http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/home)

## Documents utiles

Bain, I. (1998), " *South East Asia* ", *International Migration*, 36(4) : 553-85.

Bronfman, M. (1998), " *Mexico and Central America* ", *International Migration*, 36(4) : 609-42.

Duckett, M. (2001), *Le droit des migrants à la santé*, Genève, ONUSIDA  
([www.iom.int/DOCUMENTS/PUBLICATION/FR/Migrants\\_Right\\_to\\_Health\\_French.pdf](http://www.iom.int/DOCUMENTS/PUBLICATION/FR/Migrants_Right_to_Health_French.pdf)).

Haour-Knipe, Mary (2003), " *Sexual Health of Mobile and Migrant Populations* ",

*Sexual Health Exchange*, (2003/2).

Klein, Anna (2001), *Immigration et VIH/sida : rapport final, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida* ([www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/ImmigrationFR/rapportfinal/f-tofc.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/ImmigrationFR/rapportfinal/f-tofc.htm)).

Lydie, N. et Robinson, N. (1998), " *West and Central Africa* ", *International Migration*, 36(4) : 469-511.

OIM et ONUSIDA (1998), " *Migration and AIDS* ", *International Migration*, 36(4) : 446-468.

OIM et ONUSIDA (2004), *UNAIDS/IOM Statement on HIV/AIDS - Related Travel Restrictions, Genève, OIM et ONUSIDA*. [N.d.t. : On trouve un compte-rendu en français, à la rubrique " *Nouvelles internationales* ", dans la *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2004, 9(2) ([www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin.htm)).]

OMS (2003), *International Migration, Health & Human Rights*, Health and Human Rights Publication Series No 4 (décembre), Genève, OMS.

ONUSIDA (2001), *Mobilité des populations et sida - ONUSIDA Actualisation, Genève, ONUSIDA* ([www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc513-pmob-tu\\_fr\\_pdf.pdf](http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc513-pmob-tu_fr_pdf.pdf)).

ONUSIDA (2004), *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2004, Genève, ONUSIDA* ([www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004\\_html\\_fr/GAR2004\\_04\\_00\\_fr.htm](http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_fr/GAR2004_00_fr.htm)).

ONUSIDA (2003), *Fact Sheet #2: HIV/AIDS and Conflict*, Genève, ONUSIDA.

ONUSIDA (1997), *Les réfugiés et le sida - Point de vue ONUSIDA, Collection ONUSIDA sur les meilleures pratiques, Genève, ONUSIDA* ([www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub04/refug-pov\\_fr\\_pdf.pdf](http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub04/refug-pov_fr_pdf.pdf)); et *Refugees and AIDS - UNAIDS technical update*, Genève, ONUSIDA.

Shtarkshall, R. et Soskolne, V. (2000), *Migrant Populations and HIV/AIDS: The development and implementation of programmes: theory methodology and practice*, Genève, UNESCO et ONUSIDA.

## Notes :

- 1 Shtarkshall et Soskolone, Migrant Populations and HIV/AIDS: The Development and Implementation of Programmes: Theory Methodology and Practice, Genève, UNESCO/ONUSIDA, 2000, p. i.
- 2 Haour-Knipe, M., " Sexual Health of Mobile and Migrant Populations ", Sexual Health Exchange, Genève, Organisation internationale pour la migration (OIM), 2002/3, p. 1.
- 3 Shtarkshall & Soskolne (2000) p.iii.
- 4 OIM et ONUSIDA., " Migration and AIDS ", International Migration, 1998, 36(4), p. 459.
- 5 ONUSIDA., Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2004, p. 177.
- 6 OMS (2003) p. 10.
- 7 ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2004, p. 180.
- 8 " Mining Industry hard hit by AIDS ", Pretoria News, 23/2/2004.
- 9 OIM et ONUSIDA, " Migration and AIDS ", p. 460.
- 10 OMS (2003) p. 30.
- 11 OMS (2003) p. 15.
- 12 Poku, N. et Fantu Cheru, " The Politics of Africa's AIDS Crisis ", International Relations, 2001, 15 (6) déc. 2001 : 37-55, p. 39.
- 13 OMS (2003) p. 21.
- 14 OMS (2003) p. 11.
- 15 ONUSIDA, Les réfugiés et le sida - Point de vue ONUSIDA, Genève, ONUSIDA, 1997, p. 5.
- 16 ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2004, p. 179.
- 17 CISD, Le sida dans le monde, janvier 2004 , [www.icad-cisd.com](http://www.icad-cisd.com).
- 18 Bain, I., " South East Asia ", International Migration, 1998, 36(4), p. 465.
- 19 Nolen, S., " AIDS Rates high among miners in Mozambique ", Associated Press, 29 novembre 2003.
- 20 Idem.
- 21 ONUSIDA, Mobilité des populations et sida, Genève, ONUSIDA, 2001, p. 3.
- 22 OMS, International Migration, Health and Human Rights, Genève, OMS, 2003, p. 30.
- 23 OMS (2003) p. 30.
- 24 ONUSIDA., Mobilité des populations et sida (2001) p.3.
- 25 ONUSIDA., Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2004, Genève, ONUSIDA, p. 177.