

**24<sup>ème</sup> REUNION DU CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME**  
**Segment thématique : Programme**

**Thème : Populations en mouvement – déplacements sous la contrainte et populations migrantes**

**1. Exposé succinct et objet**

Les populations en mouvement sont confrontées à des obstacles quant à l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH. Bien plus d'un quart de milliard de personnes sont en mouvement tous les ans dans le monde, sans compter les 900 millions de personnes qui voyagent chaque année (estimations de l'Organisation mondiale du commerce (OMC)). Du fait de l'engagement pris par les gouvernements et la société civile en 2001 et réaffirmé en 2006 concernant l'accès universel, il convient de reconnaître et de venir à bout de ces obstacles.

La crise financière et économique actuelle fait planer grand nombre d'incertitudes en ce qui concerne les conséquences éventuelles directes et indirectes sur l'offre et la demande mondiales de travailleurs migrants. A mesure que la crise s'étend, on prévoit qu'il y aura une augmentation dans les deux sens du mouvement des populations : retour chez eux des migrants qui ont perdu leur emploi à l'étranger, et départ pour l'étranger à la recherche de travail de ceux qui ont perdu leur emploi dans leur pays. Comme certains pays pourraient adopter des politiques de plus en plus protectionnistes, les possibilités de migration officielles risquent de s'amenuiser rapidement. Les migrants à l'étranger pourraient se trouver dans des conditions de plus en plus difficiles : les offres d'emploi diminuant, ils pourraient être victimes d'une plus grande discrimination et stigmatisation. Tout cela aura pour résultat davantage de migrants sans papiers, des conditions de migration dangereuses, et la probabilité que les migrants se trouvent dans des situations où ils sont à risque de l'infection à VIH.

Le contexte fourni par le présent document servira à étayer des discussions fructueuses sur le segment thématique de la 24<sup>ème</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme intitulé Populations en mouvement – déplacements sous la contrainte et populations migrantes qui se tiendra le 22 juin 2009. Le document contient des informations essentielles sur les mouvements de population et examine les liens entre mobilité et vulnérabilité au VIH, ainsi que les difficultés à surmonter pour faire en sorte que les populations mobiles aient un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH.

Comme le titre l'indique, le segment thématique examinera une vaste gamme de types de mobilité relatifs aux différents facteurs dissuasifs et incitatifs qui peuvent survenir une seule fois dans la vie ou bien être cycliques et se répéter. Comme on peut le voir dans le document, il y a toutes sortes de personnes mobiles et de migrants internationaux, aussi bien des travailleurs intellectuels hautement qualifiés et très bien rémunérés que des manœuvres peu rémunérés et exploités. Bien que des circonstances très différentes peuvent être à l'origine de la mobilité et de la migration, ce n'est pas la mobilité en soi, mais les conditions dans lesquelles la migration se fait et la manière dont ces personnes sont traitées tout au long du cycle de la migration – avant le départ, en transit, au lieu de destination et au retour – qui déterminent le plus leur vulnérabilité, et par voie de conséquence, le risque d'infection par le VIH.

Ces conditions pouvant être modifiées et améliorées, il incombe aux gouvernements, aux communautés, au secteur privé et au système des Nations Unies (ONU) de veiller à ce qu'elles le soient. On trouvera dans le document de nombreux exemples de politiques et de programmes qui ont donné de bons résultats, et d'autres feront l'objet de discussions pendant la réunion du Conseil de Coordination du Programme.

L'enjeu de la discussion du 22 juin sur le segment thématique est comment dispenser des services relatifs au VIH qui soient accessibles et appropriés sur les plans culturel et linguistique à des populations migrantes diverses. Comment cela peut-il se faire dans un environnement où, par exemple, la stigmatisation continue à être un obstacle important et où les migrants et les personnes déplacées sous la contrainte sont souvent accusés d'apporter avec eux toutes sortes de problèmes, y compris le VIH ? Comment élaborer et améliorer les politiques et programmes nationaux, multinationaux et multirégionaux concernant le VIH et la mobilité et le déplacement de manière à ce que ceux qui bénéficient de la productivité des personnes itinérantes (Etats, entreprises, communautés, etc.) collaborent aussi avec elles pour satisfaire leurs besoins de santé et de qualité de vie, et afin que des sous-groupes entiers ne passent pas à travers les mailles et soient exclus des services de prévention, traitement, soins et soutien du VIH ? Quel est le rôle des organisations non gouvernementales et de la société civile dans tout cela ? Quel est le rôle des migrants, des réfugiés et des travailleurs mobiles eux-mêmes ? Comment renforcer la position des populations mobiles et mieux les intégrer dans la création, la planification et la prestation de programmes sanitaires et sociaux ? Les réponses à ces questions devraient nous orienter vers des voies par lesquelles atteindre les objectifs nationaux d'accès universel, qui à leur tour permettront à des millions de personnes itinérantes de faire partie du compte pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement d'ici 2015.

La section 2 du présent document donne un bref aperçu des flux et de la distribution des populations mobiles. La section 3 étudie les types de mouvements des populations et les raisons de ces mouvements. La section 4 traite des aspects de la vulnérabilité et du risque associés au mouvement. La section 5 présente les politiques et ripostes programmatiques qui visent à tenir compte des besoins liés au VIH des populations en mouvement. En conclusion, quelques questions et problèmes clés sont proposés pour être débattus plus avant dans le cadre du segment thématique.

Ce document de fond n'a pas pour objet de couvrir de manière exhaustive un sujet aussi vaste mais de résumer certaines études et recherches et de communiquer l'expérience du programme concernant les questions pertinentes au cours des deux dernières décennies. L'annexe 1 contient certaines définitions clés des concepts utilisés dans le document<sup>1</sup>.

## **2. Flux et distribution des populations mobiles**

### *Migrants*

En 2008, le monde comptait plus de 200 millions de migrants internationaux (Organisation internationale pour les migrations, 2008a).

- **Europe** : 64 millions de migrants internationaux, soit 9 % de la population totale. Une proportion importante des personnes qui migrent en Europe proviennent de pays voisins.
- **Asie et Pacifique** : 58 millions de migrants internationaux. La plupart se sont déplacés au sein de la région.

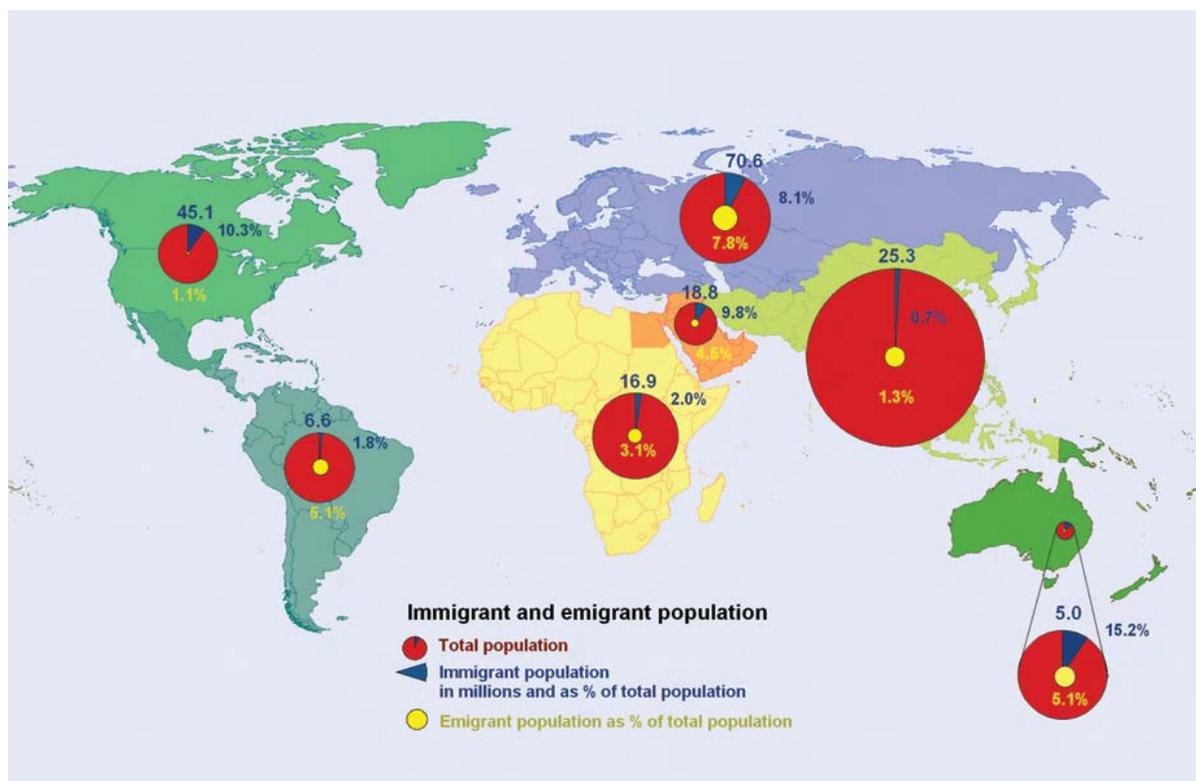
---

<sup>1</sup> A la suite des discussions et débats du segment thématique, une version révisée du présent document sera établie et comprendra les recommandations de la réunion ainsi que de nombreux exemples de politiques et de programmes très divers sur le plan géographique.

- **Amérique du Nord** : 45 millions de migrants internationaux. La migration n'a fait qu'augmenter au cours des dernières décennies. Un cinquième des migrants internationaux vivent aujourd'hui aux Etats-Unis d'Amérique.
- **Amérique latine et Caraïbes** : 6,5 millions de migrants internationaux. Pour chaque immigrant dans la région, quatre autres personnes ont émigré à l'étranger.
- **Afrique** : 17 millions de migrants internationaux. La migration est de longue date une réalité incontournable en Afrique, la majorité ayant lieu entre pays de la région. Une grande partie de la migration a lieu à l'intérieur des frontières nationales.

La mondialisation, et le fait qu'il est plus facile et moins cher de voyager de nos jours qu'il y a une trentaine d'années, influent de manière importante sur la migration internationale ; par exemple, la migration circulaire (ou de courte durée), où les personnes qui travaillent à l'étranger retournent régulièrement chez elles en visite, est devenue courante. Alors que les experts faisaient dans le temps la distinction entre pays 'd'immigration' et 'd'émigration', aujourd'hui tous les pays pratiquement sont concernés par les mouvements de population, et la plupart sont simultanément des pays d'origine, de transit, de destination et de retour (Organisation internationale pour les migrations, 2008a).

**Figure 1**  
**Total de la population immigrante et émigrante par région**



Source: Organisation internationale pour les migrations (2008a)

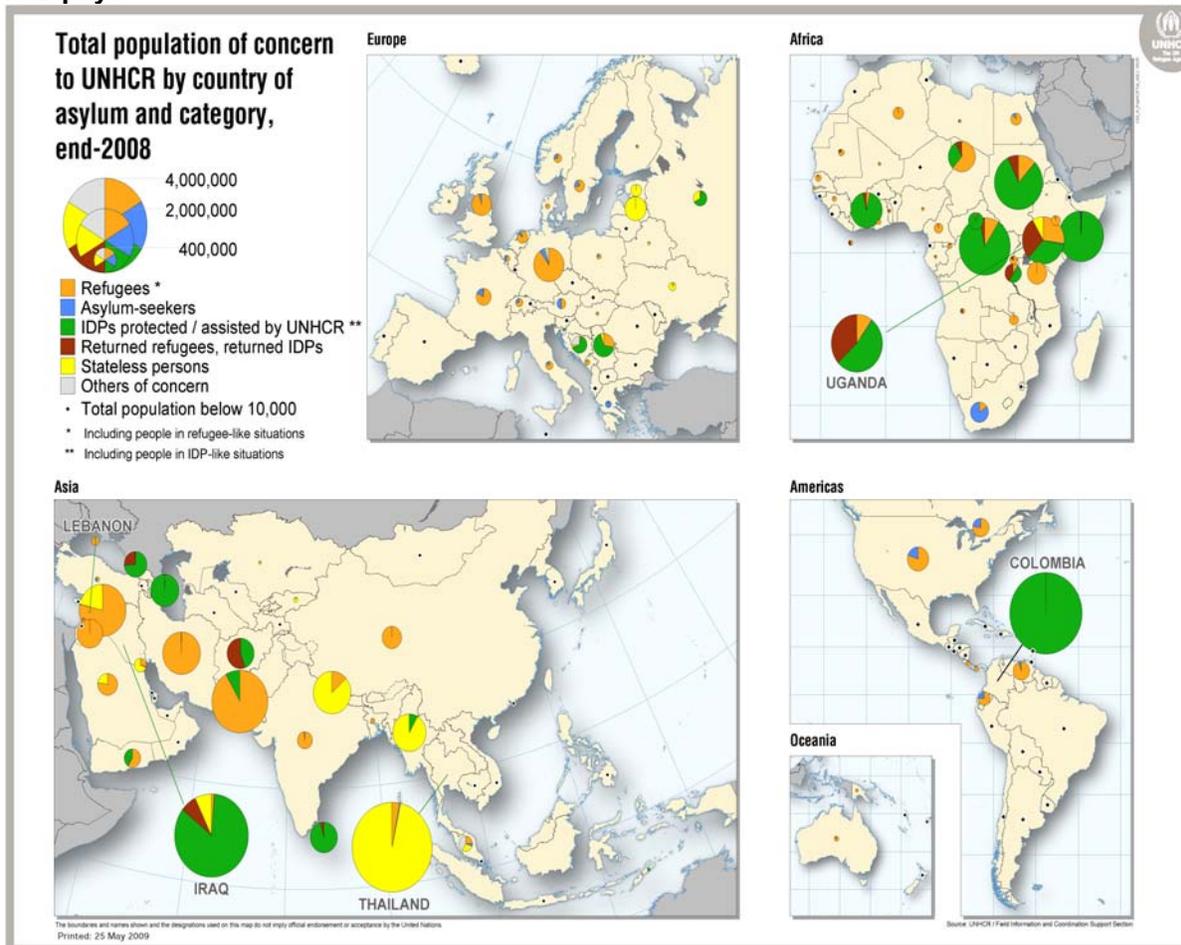
### Réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur du pays

A fin 2007, il y avait dans le monde près de 16 millions de réfugiés – des personnes ayant traversé une frontière internationale pour fuir un conflit armé, la violence, les violations des droits de l'homme ou des catastrophes naturelles ou d'origine humaine. La majorité des réfugiés sont accueillis par les pays avoisinants, et plus de 80 % restent dans leur région d'origine.

En outre, 26 millions de personnes ont été déplacées à cause de conflits en 2007 mais n'ont pas traversé de frontières internationales (voir Figure 2). L'Afrique a accueilli près de la moitié de la

population mondiale de déplacés (12,7 millions), et environ la moitié des personnes nouvellement déplacées dans le monde (1,6 millions) provenaient de la région (Conseil norvégien pour les réfugiés, 2008). Les catastrophes naturelles ont déplacé 25 autres millions de personnes à l'intérieur de leur pays en 2007.

**Figure 2**  
**Population totale des réfugiés, requérants d'asile et personnes déplacées à l'intérieur de leur pays**



Source : HCR : Section pour l'appui à l'information et la coordination sur le terrain

### *Migrants en situation irrégulière, emplois mobiles et touristes*

A ces chiffres, il convient d'ajouter 20 à 30 millions de migrants en situation irrégulière de par le monde (Nations Unies, 2006) étant entendu que les estimations en matière de migration clandestine sont par définition inexactes. En 2007, dans l'Union européenne, le nombre estimatif de migrants en situation irrégulière allait de 4,5 à 8 millions. Par ailleurs, d'autres sont mobiles parce que c'est leur mode de vie ou du fait de leur profession, comme les nomades et les routiers. Enfin, d'après les estimations de l'Organisation mondiale du tourisme (OMT), les arrivées internationales de touristes ont atteint le chiffre record de plus de 900 millions en 2007. Un peu plus de la moitié de ces arrivées avaient pour motif les loisirs, la détente et les vacances, 15 % les affaires et 27 % d'autres buts – voir des amis ou des parents, accomplir un devoir religieux ou se faire soigner (Organisation mondiale du tourisme, 2008). Le lien entre tourisme et mobilité est plus important qu'il ne paraît à première vue :

- Grand nombre de voyages pour affaires ou pour loisirs ont un lien avec des antécédents de migration (p. ex., rendre visite à des parents) ;
- Le tourisme peut favoriser la migration, par exemple quand on décide de s'installer là où l'on passait d'ordinaire ses vacances (p. ex., l'Australie, les Caraïbes et le Portugal) ;

- Le tourisme peut générer des emplois, ce qui accroît la migration de main d'œuvre (p. ex., guides, employés dans l'hôtellerie, etc., et entreprises d'aménagement de stations touristiques) (Organisation internationale pour les migrations, 2008a).

L'ONU estime qu'à tout moment au moins 2,4 millions de personnes dans le monde sont exploitées par des trafiquants d'êtres humains (Organisation internationale du travail, 2005). La traite des êtres humains<sup>2</sup> constitue une violation des droits de l'homme ; elle se concrétise par l'exploitation cruelle des migrants internes et internationaux.

Des décennies de recherche et d'enseignements tirés de programmes montrent que les facteurs transversaux suivants ont une incidence sur l'expérience et les risques de mouvement:

- Age, sexe, état civil ;
- Mesure dans laquelle il était possible de choisir ;
- Temps dont la personne disposait pour se préparer ;
- Ressources financières ;
- Conditions juridiques dans lesquelles le mouvement se fait (dans le cadre d'un programme organisé, individuellement et seul – en possession de documents d'identité, en possession de documents insuffisants<sup>3</sup> ou sans papiers) ;
- Mesure dans laquelle la mobilité est traditionnelle, ou courante, dans la famille et la communauté d'origine ;
- Durée prévue de l'éloignement ;
- Distance couverte et passage ou non d'une frontière internationale ;
- Niveau de santé et de 'capital' social ;
- Personnes avec lesquelles on a migré ou on a été déplacé ;
- Degrés de différence linguistique et culturelle entre les communautés d'origine et d'accueil ;
- Conditions sociales et économiques trouvées à destination, y compris la protection, la xénophobie, le racisme, l'inégalité entre les sexes, la présence de réseaux de migrants qui assurent orientation et soutien ;
- Type d'emploi occupé par la personne dans la communauté d'accueil.

Ces facteurs doivent être pris en compte par les communautés, les gouvernements, les institutions internationales, les planificateurs et les responsables de l'exécution des programmes, et les personnes itinérantes elles-mêmes, en vue de réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH.

### 3. Pourquoi les gens se déplacent-ils ?

Un certain nombre de typologies existent pour expliquer différents types de mobilité (Voir annexe 1). Les spécialistes font souvent la distinction entre migration 'volontaire' et 'forcée', et expliquent parfois la mobilité en termes de facteurs d'incitation au départ et de facteurs d'attraction.

#### *Facteurs d'attraction*

Une des principales raisons pour lesquelles on décide de quitter l'endroit où l'on se trouve pour aller ailleurs dans le même pays ou à l'étranger est la recherche de meilleures perspectives et conditions de travail. La majorité des travailleurs migrants du monde ne quittent pas un pays à revenu faible ou intermédiaire pour un pays à revenu élevé comme on le suppose souvent, mais plutôt un pays à revenu faible ou intermédiaire pour un autre. Bien que le gros de la main d'œuvre

<sup>2</sup> Selon l'ONU, la traite des personnes désigne : "le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes, par la menace ou le recours à la force ou à d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité...ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation." (Protocole des Nations Unies visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (2000), protocole additionnel à la Convention contre la criminalité organisée.

<sup>3</sup> On entend par là ceux qui entrent dans un pays munis d'un passeport mais dont le visa va expirer sous peu ou ceux qui se rendent dans un pays avec un visa de tourisme alors qu'ils ont l'intention d'y travailler.

migrante soit encore composé de travailleurs peu qualifiés, un nombre de plus en plus grand de personnes hautement qualifiées migrent, surtout dans les pays industrialisés. Dans les pays à revenu élevé, des migrants de tous niveaux de compétence travaillent principalement dans le secteur des services (bâtiment, commerce, hôtellerie et restauration, éducation, santé, personnel de maison et autres services). Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les travailleurs migrants sont le plus souvent employés dans le secteur primaire (agriculture, pêche, exploitation minière) et dans l'industrie manufacturière, bien que la proportion de travailleurs migrant dans les services augmente, surtout dans le secteur du tourisme (Organisation internationale pour les migrations, 2008a).

Les perspectives de formation et/ou de carrière à l'étranger sont également des facteurs incitatifs puissants pour de nombreuses personnes comme les étudiants et les agents de santé, les forces de l'ordre et les forces armées, les hommes d'affaires, et les agents humanitaires et de développement.

Pour d'autres, la mobilité est nécessaire pour gagner leur vie et/ou essentielle à leur survie. Parmi ceux-ci citons les routiers et leurs assistants, les marins, les pêcheurs, les nomades et les pastoralistes. Les professionnel(le)s du sexe qui sont mobiles peuvent aussi s'inscrire dans cette catégorie (voir Encadré 3, section 4).

Les nombreux avantages de la migration servent à promouvoir la mobilité. Les migrants contribuent à la croissance économique et au bien-être des pays d'accueil et, d'autre part, font des transferts sociaux et de fonds à leur pays d'origine.

- Les transferts sociaux comprennent de nouvelles idées, des informations, des produits et des technologies ;
- Les transferts de fonds (le secteur informel non compris<sup>4</sup>) dans le monde ont été estimés à US\$ 337 milliards en 2007, dont US\$ 251 milliards à destination des pays en développement. Ces remises de fonds seront sûrement affectées par la crise économique actuelle : on prévoit que la récession en Europe et aux États-Unis se soldera par une baisse de 4,4 % à 7,9 %, soit US\$ 1 milliard de moins en remises de fonds en 2009 (Lapper, 2009).

#### **Encadré 1 Agents de santé, migration et VIH**

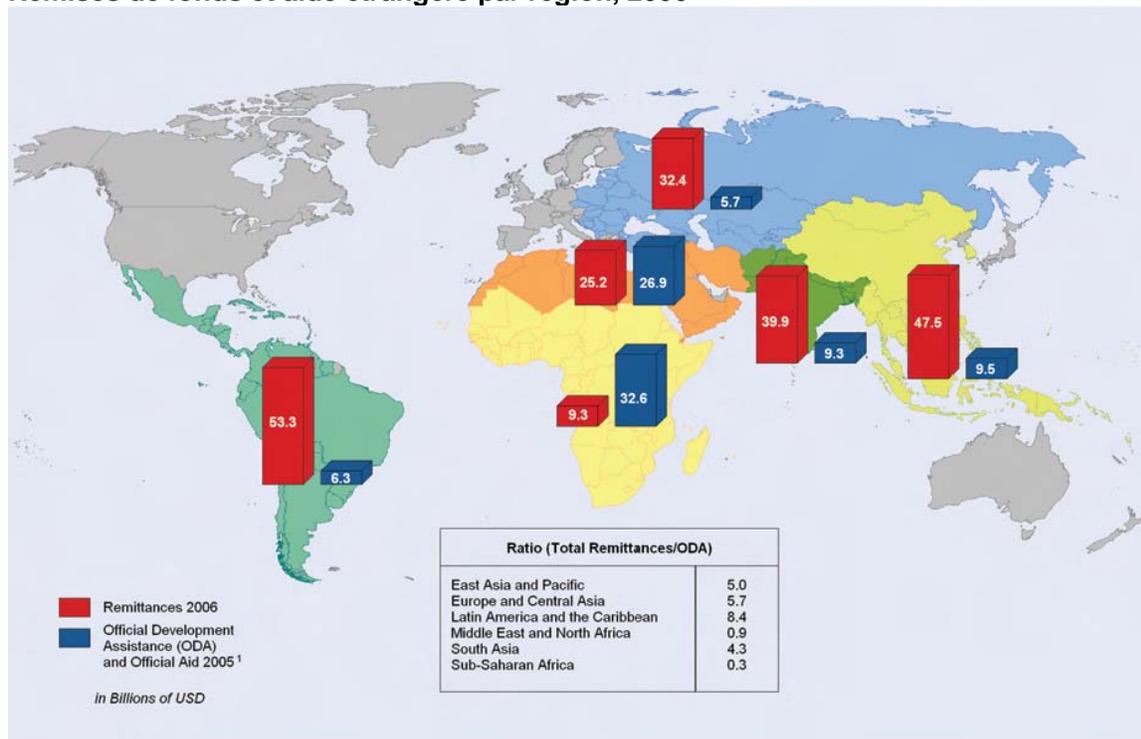
Il est fréquent que les agents de santé soient recrutés diligemment par des pays étrangers et qu'ils rencontrent relativement peu de difficultés à migrer vers des destinations offrant de meilleures conditions de travail et perspectives de carrière. Les agents de santé peuvent également être poussés à quitter leur pays du fait de l'instabilité politique ou de mauvaises conditions de travail. Le VIH, parce qu'il décuple le stress, la peur et le découragement, peut aussi pousser les agents de santé à changer de lieu de résidence, surtout dans les zones de prévalence élevée (Rogerson, 2007).

Si la mobilité internationale des professionnels de la santé est fort utile pour les systèmes de santé des pays industrialisés, la migration des agents de santé a en revanche gravement réduit les effectifs de certains pays à revenu faible et intermédiaire. Cette pénurie se fait particulièrement sentir dans les pays à charge élevée de VIH et dont de nombreux agents de santé sont touchés par la maladie, d'où augmentation de la morbidité et mortalité, absentéisme et réduction de la productivité (Bach, 2003 ; Organisation mondiale de la santé, 2004, 2006a).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a récemment exhorté les pays à retenir leurs personnels de santé en leur offrant de meilleures conditions de travail et en investissant dans la formation, en particulier dans les zones rurales, tout en maintenant un équilibre salubre en matière de migration afin que les agents de santé puissent acquérir de nouvelles compétences. L'OMS a aussi engagé les pays à revenu élevé à former un nombre plus grand d'agents de santé, et d'être ainsi moins tributaires des agents importés d'autres pays (Organisation mondiale de la santé, 2004, 2006b).

<sup>4</sup> Si les remises de fonds du secteur informel étaient prises en compte, il est fort probable que ce chiffre doublerait.

**Figure 3**  
Remises de fonds et aide étrangère par région, 2006



Source: Organisation internationale pour les migrations (2008a)

**Encadré 2**  
**Les enfants dans les conflits**

On dit souvent que les conflits et le VIH sont une double situation d'urgence pour les enfants, car quand ils surviennent ensemble, leur vulnérabilité en est décuplée. Ils les privent de leurs parents et portent atteinte à la famille et à la communauté qui devraient les protéger et les soigner. Sur les 17 pays qui ont plus de 100 000 orphelins du sida, 13 sont en proie à des conflits. De même, en 2003, un enfant séropositif sur sept dans le monde vivait dans une situation de conflit ou d'urgence. Quand les enfants et les jeunes gens sont forcés de fuir de chez eux à cause d'un conflit armé, leur vulnérabilité à la violence, aux abus et à l'exploitation – facteurs primordiaux de l'infection à VIH – augmente considérablement. Les enfants et les jeunes gens que l'on force à devenir soldats sont exposés à encore plus de risques (Coalition pour mettre fin à l'utilisation des enfants soldats, *Rapport mondial 2008*<sup>5</sup>).

*Facteurs d'incitation au départ*

Les gens peuvent être incités ou forcés à quitter une communauté, un pays ou une région en raison de l'instabilité politique ou d'un conflit, de préjugés ethniques, sexuels ou autres, ou à la suite d'une catastrophe naturelle. Dans ces cas, ils partent en quête de protection aussi bien que de nourriture et de secours humanitaires. Il arrive que les personnes déplacées à la suite de conflits et de catastrophes naturelles se retrouvent dans des camps de réfugiés ou de personnes déplacées, ou dans des abris ou centres de secours, certains de façon plus permanente que d'autres. Certains iront vivre chez des amis, des parents, ou simplement dans la brousse<sup>6</sup>. D'autres fuient sans documents d'identité et deviennent des migrants clandestins ou des sans papiers. Cette mobilité ou ces déplacements forcés peuvent être temporaires ou perdurer des années ou des générations. Les personnes victimes de la traite sont particulièrement vulnérables, étant donné qu'elles ont pour ainsi dire été dépouillées de leurs droits et de leur liberté et que leur sécurité et leur survie même dépendent d'organisations criminelles.

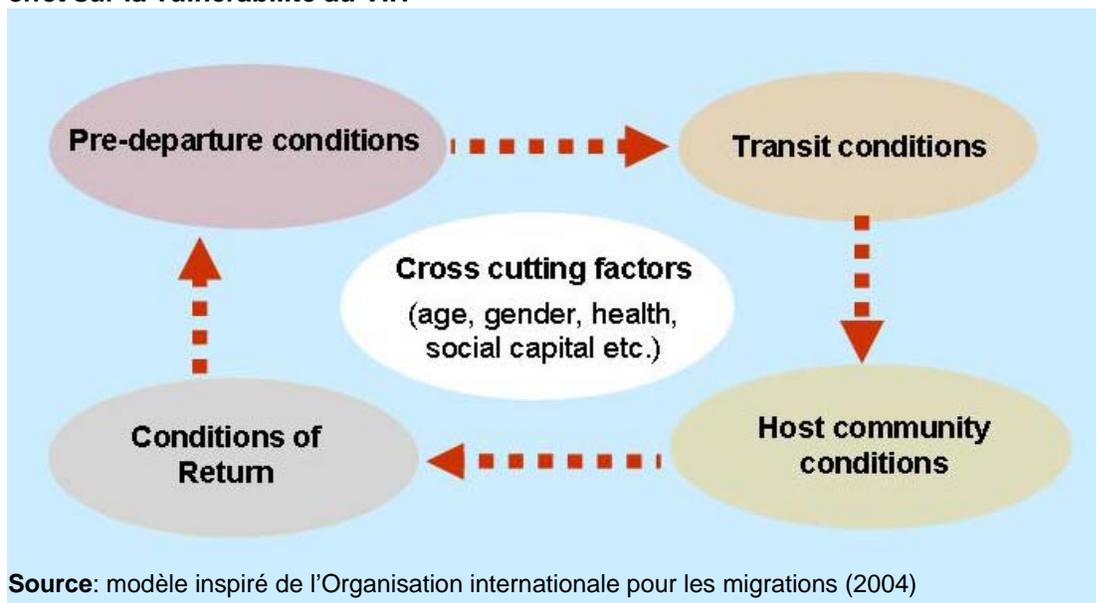
<sup>6</sup> Comme il est difficile de localiser les personnes déplacées, on ne sait que peu de choses à leur sujet.

L'âge et le sexe sont des variables hautement pertinentes, bien que souvent passées sous silence, de la migration. De nos jours, près de la moitié des travailleurs migrants sont des femmes, et grand nombre d'entre elles sont séparées de leurs enfants pendant les mois, voire les années, qu'elles passent à l'étranger. Il arrive aussi que les femmes migrent pour être plus indépendantes : pour certaines femmes, pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transsexuelles, la migration est le moyen d'échapper aux contraintes culturelles et à l'oppression familiale, notamment la violence familiale (Fonds des Nations Unies pour la population, 2006). Ces aspects s'appliquent également aux enfants et aux jeunes gens. En outre, pour les jeunes gens de par le monde, qui appartiennent à différentes cultures, la migration est un rite de passage : les jeunes quittent le foyer familial pour affirmer leur indépendance et devenir adultes (Whitehead et Hashim, 2005 ; Anarfi et al., 2005). Après avoir vécu à l'étranger, il arrive que les personnes plus âgées migrent pour rentrer au pays afin de s'occuper de membres de la famille qui ont besoin de soins ou pour avoir accès à de meilleurs services de santé (Sherr et al., 2008).

#### 4. Mobilité, vulnérabilité et VIH

La mobilité des populations humaines consiste en un certain nombre d'étapes qui se chevauchent : la première étape se situe dans le pays ou dans la communauté d'origine ; la deuxième pendant le transit, ou pendant le voyage ; la troisième se situe dans le pays ou la communauté d'accueil où la personne décide de résider ; et la dernière étape est celle du retour dans la communauté d'origine.

**Figure 4**  
Les conditions dans lesquelles se déroulent les différentes étapes de la mobilité ont un effet sur la vulnérabilité au VIH



Les modalités de migration peuvent avoir des effets positifs ou négatifs sur la santé. L'effet 'migrant en bonne santé' a fréquemment été noté : les gens qui migrent sont souvent en meilleure santé que les non migrants et doivent d'ordinaire se soumettre à un examen médical avant d'entrer dans le pays d'accueil.

Alors que la migration par elle-même et en soi ne pose pas de risques pour la santé, les conditions qui entourent le processus de la mobilité peuvent augmenter la vulnérabilité sur le plan de la santé, particulièrement de celles des personnes dont le mouvement se fait dans des conditions dangereuses, de manière involontaire, et de ceux qui migrent clandestinement ou qui tombent entre les griffes des trafiquants (Organisation internationale pour les migrations, 2008b).

S'agissant des personnes faisant l'objet de traite aux fins de l'exploitation sexuelle, il y a une corrélation directe entre mobilité et risque d'infection à VIH (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008). Il existe souvent des disparités entre le lieu d'origine d'un migrant et son lieu de destination. Aux fins de notre propos, les disparités qui nous intéressent particulièrement sont celles qui ont trait aux déterminants de la santé et à la prévalence de l'infection à VIH ; cependant les données qui caractérisent ces conditions sont éparpillées et peu nombreuses.

Selon les conditions qui entourent le processus de la mobilité, trois grands types de vulnérabilité peuvent apparaître au cours des étapes ci-dessus et déboucher sur un risque accru d'infection par le VIH :

- **Vulnérabilité sociale** : les facteurs comme la pauvreté, le manque de protection, la discrimination et le manque de pouvoir sont interdépendants. Ils réduisent la possibilité qu'ont les êtres de faire des choix, et de ce fait diminuent leur capacité à éviter les risques. Dans certains cas, la vulnérabilité sociale peut s'appliquer à des communautés tout entières, par exemple quand toute une communauté est déplacée et obligée de vivre dans la précarité, ou quand des travailleurs migrants sont séparés de leur famille et parqués tous ensemble dans des logements surpeuplés et inappropriés, situés dans quartiers peu sûrs.

- **Vulnérabilité individuelle** : la réaction émotionnelle et comportementale à la séparation de la famille et de la communauté, la solitude, la peur, la marginalisation et le désespoir, ainsi que le manque de pouvoir pour agir par soi-même, engendrent aussi la vulnérabilité. Quand les gens sont loin de leur communauté d'origine, les normes et les réseaux sociaux traditionnels qui dictent et règlent leur comportement s'atténuent, et les individus peuvent passer par un état que les sociologues appellent "liminalité", c'est-à-dire être entre deux états, durant lequel ils peuvent avoir des comportements auxquels ils ne songeraient jamais chez eux.

### Encadré 3

#### Professionnels du sexe

Les professionnels du sexe sont très mobiles à la fois à l'intérieur et hors de leurs frontières nationales. La migration avec ou sans papiers aux fins du commerce du sexe a lieu le plus souvent entre pays voisins, mais il y a aussi un mouvement interrégional considérable.

La migration et la mobilité des professionnels du sexe peuvent grandement augmenter leur vulnérabilité au VIH et aux infections sexuellement transmissibles. De nombreux professionnels du sexe migrants et mobiles, surtout ceux sans papiers, sont exclus des systèmes d'éducation de base, juridique et de santé publique, et n'ont que peu ou pas d'aide sociale ou juridique ou de protection contre les actes de violence et autres sévices que leur font subir leurs clients, les bandes de criminels et les policiers corrompus. De plus, les professionnels du sexe migrants sont confrontés à des obstacles culturels et linguistiques qui font qu'il leur est difficile de recourir aux services et aux réseaux de soutien locaux. La réduction du risque de VIH pour les professionnels du sexe migrants et mobiles passe par des mesures essentielles qu'il convient de financer et d'appliquer pour tous les professionnels du sexe quel que soit leur sexe (femmes, hommes et transsexuels) ou leur statut juridique. Ce sont : l'accès aux services de prévention et de traitement du VIH, des services complets de santé sexuelle et reproductive, une information et une assistance juridiques, et des services sociaux. Pour étayer ces services, il est nécessaire de former les prestataires de soins et les services de police en matière de stigmatisation, de discrimination et de violence et d'élaborer des normes d'hygiène et de sécurité du travail pour que le commerce du sexe se fasse à moindre risque.

Les clients des professionnels du sexe sont eux aussi très mobiles et leur comportement détermine la rapidité et la sévérité de l'épidémie (Commission sur le sida en Asie, 2008). A l'heure actuelle, peu de programmes ciblent les clients directement pour promouvoir un comportement sexuel à moindre risque. Ces programmes devraient : être dispensés sur le lieu de travail (le cas échéant) ; tenir compte des différentes circonstances dans lesquels les rapports ont lieu ; donner aux clients les informations nécessaires pour qu'ils protègent les professionnels du sexe, leur partenaire sexuel habituel et eux-mêmes du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles ; apprendre au client qu'il lui incombe de traiter les professionnels du sexe avec dignité et respect ; et incorporer des approches pour éliminer les actes de violence sexuelle dans le contexte du commerce du sexe.

- **Vulnérabilité programmatique** : le manque d'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien est une forme différente de vulnérabilité. Parfois, il n'y a pas de services ou, s'il y en a, les populations mobiles peuvent ne pas y avoir accès à cause de restrictions juridiques ou autres, du coût ou simplement parce qu'ils en ignorent l'existence. Il arrive aussi que les services ne soient pas adaptés aux besoins de personnes de langue et/ou de culture différentes, ou qu'on estime qu'ils ne sont pas fiables.

Pour être efficaces, les ripostes au VIH doivent escompter ces trois types de vulnérabilité à chaque étape de la mobilité et prendre les mesures nécessaires. Etant donné que les facteurs qui influent sur le succès et les risques des étapes précédant le départ et du retour sont similaires, ils sont traités ensemble après les étapes transit et destination.

### ***Etape du transit***

Les facteurs transversaux énumérés dans la section 2 influent sur la vulnérabilité au cours de l'étape du transit, quand les gens sont en train de quitter un endroit pour se rendre dans un autre, y compris la hâte, les ressources disponibles pour le voyage et la liminalité dont il a été question plus haut. Ceux qui fuient les catastrophes et les conflits n'ont pas souvent accès à un abri, de la nourriture ni à d'autres produits de première nécessité, et peuvent se trouver confrontés à des situations violentes et potentiellement dangereuses. Les femmes, mais également les hommes, peuvent être victimes de violences sexuelles dans le cadre du conflit qu'elles fuient, ou être

#### **Encadré 4**

##### **Les routiers et leurs assistants**

Les routiers (et leurs assistants) font partie des populations de travailleurs mobiles les plus étudiées et sont depuis longtemps considérés comme étant exposés à un risque accru de VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. Plusieurs études ont prouvé que la prévalence du VIH est plus élevée parmi les routiers que parmi d'autres groupes professionnels ou la population dans son ensemble (Population Council, 2008 ; Organisation internationale du travail, 2006). Une étude menée en 2001 en Afrique du Sud a fait des constatations particulièrement inquiétantes : 56 % des routiers dépistés se sont avérés être séropositifs, ces taux allant jusqu'à 95 % dans certains sites (Medical Research Council, 2001).

Les routiers et leurs assistants sont d'ordinaire des hommes sexuellement actifs qui vivent et travaillent dans des conditions stressantes et qui sont séparés pendant de longues périodes de leur partenaire sexuel régulier. Ils passent le plus clair de leur temps sur les routes, se déplaçant entre des régions à prévalence différente de VIH, ayant d'habitude sur eux des sommes d'argent importantes pour les besoins du voyage. Parmi les autres facteurs qui accroissent leur vulnérabilité, citons : de longues périodes d'attente aux postes-frontières, pendant les chargements et déchargements, et pour les réparations ; le manque de lieux d'hébergement convenables aux arrêts de repos ; et l'accès facile à des contacts sexuels rémunérés dans les 'points chauds' où les camions s'arrêtent. Ils ont donc de fortes chances de se livrer à des rapports sexuels fortuits ou rémunérés, et il arrive aussi que ceux qui font toujours le même parcours aient, le long de la route, des épouses et/ou des petites amies ou des petits amis (Stratford et al. 2000).

D'après une étude récente menée en Inde, les routiers et leurs assistants pourraient également être à risque en se livrant à des pratiques homosexuelles. Les auteurs soutiennent que dans les interventions actuelles de prévention, les informations et les services pour la réduction des risques ne sont axés que sur le contexte hétérosexuel et que les programmes complets de prévention devraient également tenir compte des comportements homosexuels (Mahendra et al., 2006).

contraintes à se soumettre à des rapports sexuels en échange du droit de passage. Il arrive aussi que les femmes qui migrent de leur propre gré soient violées au cours de leur périple, ou qu'elles se voient obligées de faire le commerce du sexe pour pouvoir poursuivre leur voyage jusqu'à destination (Bronfman et al., 2002 ; Rowley et al., 2008).

Les corridors de transport et les zones de transit sont des lieux où le commerce du sexe a tendance à se développer. Ces rapports sexuels, souvent non protégés, exposent les gens qui vivent ou travaillent le long de la route et ceux qui utilisent les corridors de transport, au risque d'infection par le VIH. Les routiers et les touristes sont, dans un certain sens, toujours en transit puisqu'ils sont continuellement en mouvement (voir encadrés 4 et 5).

## **Destination**

L'étape destination du processus de migration (c.-à-d. quand le migrant vit dans le pays d'accueil) recèle toute une série de facteurs de vulnérabilité. S'agissant des travailleurs migrants et des migrants économiques, la plupart de ceux qui migrent en quête d'un emploi n'amènent pas avec eux leur conjoint et leur famille, du moins au début. Ces travailleurs migrants se retrouvent souvent logés à plusieurs dans des conditions déplorable où les possibilités d'intimité et d'activités récréatives sont rares. Dans de telles circonstances, les bars et les maisons de passe deviennent un exutoire.

Grand nombre de migrants, ou leur famille, ont dû verser de grosses sommes d'argent pour faire le voyage, et peuvent se retrouver considérablement endettés, notamment envers les courtiers de placement et d'autres personnes qui ont facilité leur voyage. Les travailleurs migrants subissent souvent d'autres désavantages: des conditions d'emploi non assorti de protection ou mal protégé par les lois du pays, ou bien les lois en vigueur sont mal appliquées. Leurs salaires sont inférieurs, ils ne sont pas représentés par les syndicats, ils n'ont pas souvent la possibilité d'obtenir une assurance maladie ou autre assurance, et n'ont pas d'ordinaire voix au chapitre concernant les conditions sociales dans lesquelles ils vivent et travaillent. Dans les pires formes d'exploitation, les travailleurs migrants se voient retenir une partie de leur salaire et on leur confisque leurs papiers. Toutes ces conditions rendent les migrants vulnérables au VIH.

Les migrantes, qui travaillent le plus souvent dans les secteurs non réglementés et informels de l'économie, sont particulièrement vulnérables à l'exploitation, à la discrimination et aux mauvais traitements, ainsi qu'à la violence sexuelle<sup>5</sup> (Population Council, 2008 ; Perbady, 2005 ; ONUSIDA, 2008). Les choix qui s'offrent à elles sont moins grands que pour les hommes migrants : elles sont souvent moins instruites qu'eux, elles ont du mal à obtenir des informations sur les possibilités de migration et sont soumises aux normes qui régissent les relations entre les sexes du pays de destination sans bénéficier de l'appui et de la protection familiales. Grand nombre d'entre elles manquent d'information concernant la prévention et le traitement du VIH, et n'ont pas accès aux services y relatifs.

### **Encadré 5 Tourisme, sexe et VIH**

Comme c'est le cas pour les autres populations mobiles, il arrive que les touristes se comportent différemment lorsqu'ils sont loin de chez eux. Peut-être ont-ils l'impression que loin des yeux des personnes qui pourraient porter un jugement sur eux, ils peuvent jouir de la compagnie de gens qu'ils ne reverront jamais. Ils peuvent se justifier en se disant que le sexe est 'plus naturel' et décontracté dans la culture du pays qu'ils visitent, et leur richesse relative leur donne un sentiment de pouvoir. Les contacts sexuels, rémunérés ou non, font partie de tous les types de voyage, des voyages organisés aux voyages individuels. Les personnes en vacances peuvent avoir des rapports sexuels avec des gens du même sexe ou du sexe opposé, en groupe, avec d'autres touristes ou avec des autochtones. Grand nombre de touristes consomment de l'alcool et des drogues en abondance, ce qui augmente le risque de VIH (Richens, 2006 ; Ward and Plourde, 2006).

Du point de vue de la population locale, le tourisme crée des emplois et favorise la migration saisonnière et permanente vers les destinations touristiques et les lieux de villégiature. Le commerce du sexe fait partie des emplois formels et informels qui sont créés : des migrants adultes et mineurs s'adonnent parfois au commerce du sexe pour augmenter leurs revenus, pour d'autres, le commerce du sexe est la principale source de revenus. Certains autochtones espèrent qu'un touriste deviendra leur ami expatrié ou qu'ils pourront partir pour l'étranger avec lui. Les voyageurs paient d'ordinaire mieux les services des professionnels du sexe que les clients autochtones ; en revanche, les professionnels du sexe peuvent être soumis à des pressions et être fortement incités à accepter des rapports sexuels non protégés. Tout ceci augmente leur vulnérabilité au VIH ainsi que celle de leur famille et d'autres (Nyanzi et al., 2005 ; Padilla, 2007).

<sup>5</sup> Les migrants masculins peuvent également être forcés à se prostituer et font l'objet d'actes de violence de la part de la police et des clients.

Les facteurs de vulnérabilité sociale viennent exacerber les facteurs de vulnérabilité individuelle : le stress et l'isolement mènent à la dépression et au recours à des comportements dangereux comme la consommation excessive d'alcool, l'abus de substances psychotropes et les rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples (Population Council, 2008).

#### Encadré 6

##### **Facteurs de vulnérabilité pour les travailleuses migrantes**

Les femmes peuvent être forcées à s'adonner au commerce du sexe pour compléter leur maigre salaire et/ou en échange de nourriture, d'un emploi ou d'un logement. Cette situation se répète partout dans le monde, et elle est illustrée par de nombreuses études comme celle sur les travailleuses migrantes résidant dans les plantations de cannes à sucre en République dominicaine, et dont grand nombre vivent dans le dénuement le plus complet. Celles qui ont traversé la frontière sans leur mari et qui ne peuvent immédiatement établir un contact avec des amis ou des parents pour les aider à s'installer n'ont pour alternative que de se prostituer pour de l'argent ou des marchandises afin de survivre (Brewer et al., 1998). Une autre étude portant sur les femmes asiatiques qui migrent dans les pays arabes pour être employées de maison a constaté que grand nombre de ces femmes nouent des relations intimes pour échapper à la solitude, ou pour des raisons économiques. Les relations vont de consentantes à forcées. Plusieurs de ces femmes ont été victimes de harcèlement ou de viol (Programme des Nations Unies pour le développement, 2009).

Du fait de leur mobilité constante, certains groupes comme les agents du transport et les ouvriers du bâtiment, sont moins susceptibles de recevoir régulièrement des messages de prévention. D'autres migrants peuvent ne pas avoir les compétences linguistiques nécessaires pour saisir la teneur des messages sanitaires ou pour faire appel aux services de santé ; il arrive aussi qu'ils ne soient pas au courant de l'existence des services locaux, ou que ces services ne sont pas atteignables, ou qu'ils ne sont pas appropriés sur le plan culturel. Les migrants sans papiers peuvent avoir peur de se rendre dans un service de santé du fait de leur statut. Les problèmes d'accès aux services et au soutien nécessaires sont souvent aggravés par la stigmatisation et la discrimination.

##### *Les migrants qui vivent avec le VIH*

L'accès aux services VIH pose un certain nombre de défis supplémentaires aux migrants qui vivent avec le VIH. Ils ont rarement les mêmes droits à l'assurance maladie que les nationaux, surtout s'ils sont sans papiers. Par

ailleurs, même ceux dont les papiers sont parfaitement en ordre mais qui vivent parmi des gens qu'ils connaissent à peine peuvent se sentir obligés de cacher leur état et leurs médicaments à cause de la stigmatisation, de la crainte de perdre leur emploi ou d'être expulsés (CARAM Asie, 2007). Des études menées parmi les migrants vivant avec le VIH au Royaume-Uni, par exemple, montrent invariablement que la crainte de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH, la peur de rencontrer une connaissance au centre de soins du VIH, sont des motifs majeurs pour remettre à plus tard le recours à des soins, et que ceci contribue considérablement à l'isolement du migrant (Erwin et al., 2002 ; Green and Smith, 2004 ; Prost, 2005). C'est ainsi que certains migrants vivant avec le VIH négligent de s'adresser aux services de soins et de soutien pour protéger leur santé. En outre, l'observance irrégulière du traitement antirétroviral fait craindre l'apparition d'une pharmacorésistance (Morin et al., 2004 ; Burns and Fenton, 2006).

Certaines études ont démontré que les effectifs dont le travail est mobile auraient une prévalence plus élevée de VIH que ceux dans des professions moins mobiles ou pas mobiles du tout. Un petit nombre d'études ont constaté que la prévalence du VIH est plus élevée chez les migrants que dans le pays de destination (Adrien et al., 1999 ; Castilla et al., 2002 ; Srithanaviboonchai et al., 2002, pour les migrants internationaux au Canada, en Espagne et en Thaïlande respectivement), et dans les pays où la prévalence est relativement faible comme le Bangladesh, le Pakistan, les Philippines, la République démocratique populaire lao et le Sri Lanka, les migrants de retour représentent un pourcentage important des personnes vivant avec le VIH dans le pays. Cependant, ces données pourraient être biaisées, étant donné que les migrants doivent se soumettre au dépistage du VIH pour obtenir leur permis de travail à l'étranger (CARAM Asie, 2007).

A cause du manque de données sur les migrants, et en particulier sur les migrants sans papiers, et de la grande quantité de situations qui déterminent leur migration, il est impossible de dire si la prévalence est en général plus élevée ou moindre chez eux que dans la population dans son ensemble, que ce soit dans leur pays d'origine ou dans celui de destination.

#### Encadré 7

##### **Accès universel et restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH**

Au début de l'épidémie de VIH, grand nombre de gouvernements ont essayé d'empêcher que le virus ne pénètre dans leur pays en refusant l'entrée aux personnes séropositives. Ils ont en outre cherché à éviter les coûts éventuels des soins et du soutien des étrangers séropositifs en leur refusant des visas de travail et de résidence. On s'est vite aperçu que ces restrictions étaient inefficaces pour la réalisation d'objectifs valables de santé publique et que, par conséquent, la discrimination inhérente à ces restrictions ne pouvait guère se justifier. Dès 1988, l'OMS a fait savoir que les restrictions au voyage étaient discriminatoires, inefficaces, impossibles à instaurer et peu rentables (Organisation mondiale de la santé, 1988). Cependant, à 2009, quelque 59 pays continuent à appliquer ces restrictions (voir [www.hivtravel.org](http://www.hivtravel.org)). Au total, 108 pays n'imposent pas ces restrictions.

Si les pays ont la prérogative de déterminer qui a le droit de pénétrer sur leur territoire, ils sont astreints à respecter le droit international en matière de droits de l'homme qui interdit la discrimination et fait obligation aux gouvernements de protéger d'autres droits fondamentaux comme l'égalité devant la loi, le droit à l'asile, à la liberté de mouvement, à la santé et au respect de la vie privée.

S'agissant des tentatives des gouvernements d'éviter les charges éventuelles pour les fonds publics, des restrictions générales liées au VIH qui refusent à *tous* les étrangers séropositifs le droit d'entrée et de résidence ne servent aucunement à repérer les individus qui pourraient devenir un fardeau pour l'Etat. En outre, le coût du traitement antirétroviral pourrait s'avérer infime par rapport à la contribution économique, sociale et culturelle potentielle du migrant à son pays de destination (voir la Déclaration de 2004 sur les restrictions au voyage liées au VIH de l'ONUSIDA et de l'Organisation internationale pour les migrations).

En 2008, l'ONUSIDA a mis sur pied une *Cellule internationale de réflexion sur les restrictions au voyage liées au VIH* comprenant des représentants de gouvernements, d'organisations internationales et de la société civile, et présidée conjointement par l'ONUSIDA et le Gouvernement norvégien. La Cellule de réflexion a établi un rapport contenant ses conclusions et recommandations et a demandé instamment à « tous les Etats qui imposent, sous forme de lois, règlements et pratiques, y compris de dérogations, des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence au motif du VIH, de les examiner et de les supprimer, et de faire en sorte que toutes les personnes vivant avec le VIH ne soient plus exclues, détenues ou expulsées sur la base de leur statut sérologique. » En outre, la Cellule de réflexion a demandé aux pays qu'à la place de ces restrictions, ils fassent bénéficier toutes les populations mobiles – qu'il s'agisse de ressortissants ou de non ressortissants – de services de prévention, de traitement, de soins et de soutien du VIH, dans le cadre des engagements mondiaux et nationaux concernant l'accès universel (ONUSIDA, 2008).

#### *Situations humanitaires*

Il est fréquent que les situations d'urgence humanitaire détruisent ou interrompent les services. En outre, alors que les camps et les abris sont souvent essentiels à la survie des personnes déplacées, les conditions dans ces logements communs peuvent aussi accroître les risques d'exploitation sexuelle, de viol et d'abus, surtout des filles et des femmes. Cependant, des études récentes menées à Haïti et au Mozambique, n'ont pas trouvé d'éléments indiquant que les sévices sexuels et la violence à l'encontre des femmes avaient augmenté dans les abris temporaires mis en place pour les personnes déplacées par la survenue des cyclones. En revanche, elles ont constaté une augmentation des rapports consensuels et transactionnels (Samuels et al., 2008). Les rapports sexuels transactionnels sont un phénomène bien connu dans les situations de déplacement forcé.

Les conditions susmentionnées peuvent augmenter le risque d'infection à VIH, surtout lorsqu'il est difficile de se procurer des préservatifs. Ceci est confirmé par des analyses selon lesquelles il y a de fortes chances que les femmes vivant avec le VIH ont subi des violences et que les femmes qui ont subi des violences ont un risque plus élevé d'infection à VIH (Coalition mondiale sur les femmes et le sida, 2004, 2007). Un examen systématique récent de la prévalence du VIH dans sept pays d'Afrique subsaharienne où sévissent des conflits n'a pas trouvé suffisamment d'éléments

prouvant que les déplacements et le viol sur une grande échelle augmentaient la prévalence du VIH au niveau de la population (Spiegel et al., 2007). Il est clair qu'il convient d'étudier plus avant cette question.

Cependant, si la riposte locale et internationale est rapide, bien conçue et pleinement financée, les réfugiés peuvent avoir un meilleur accès dans les camps à des services de prévention, de traitement et de soins que dans leur pays d'origine (Haut Commissariat pour les réfugiés, 2007a). Par contre, on ne sait pas grand chose concernant l'impact des services sur les populations touchées par un conflit mais qui n'ont pas été déplacées. Des évaluations et des études de cas récentes (Spraos and Kom, 2008 ; Women's Commission, Fonds des Nations Unies pour la population, 2007) révèlent que l'accès aux services de prévention dans les situations de conflits et d'après conflits est extrêmement limité, surtout au début. La prestation de services de santé et de services ayant trait au VIH dépend souvent de la nature du système de santé avant la survenue soudaine d'une catastrophe naturelle (Samuels et al., 2008 ; Samuels and Spraos, 2008 ; Samuels, 2009 ; Long and dos Santos Pedro Tinga, 2007 ; Proudlock and Ruwanpura, 2008). En outre, il y a d'ordinaire pénurie d'agents de santé qualifiés dans tous les types de situations d'urgence. Dans certains cas, la riposte à une catastrophe naturelle entraîne l'amélioration des services. Au Sri Lanka, par exemple, la mise en place de services de dépistage dans les centres de réfugiées et autres centres après le tsunami de 2004, a permis aux gens de connaître leur statut sérologique.

#### *Les forces de l'ordre et les forces armées*

On dispose de plus en plus d'éléments indiquant la vulnérabilité au VIH du personnel militaire, surtout dans les situations de conflit. Cette vulnérabilité accrue peut être déterminée par toute une gamme de facteurs à savoir, la tranche d'âge à laquelle ils appartiennent ; leur séparation pendant de longues périodes de temps d'avec leur conjoint ou partenaire sexuel régulier ; la pression exercée par les pairs qui prônent un comportement hyper machiste et la prise de risques ; la disponibilité de drogues injectables ; les blessures qui requièrent une transfusions sanguine ; et suffisamment de moyens pour payer des prostitué(e)s ou utiliser son pouvoir et ses armes pour s'imposer par la force (ONUSIDA, 2006b). Par ailleurs, les zones de repos et récupération prévues pour le personnel militaire contiennent souvent des maisons de passe et des bars, ce qui attire les professionnel(le)s du sexe. Les partenaires sexuels des forces de l'ordre et des forces armées sont donc, que ce soit dans les zones de mission ou dans leur communauté locale, à risque accru d'exposition au VIH.

#### ***Etape précédant le départ/retour***

La migration peut aussi causer la vulnérabilité au VIH des personnes qui ne sont pas parties. Au début de l'épidémie en Afrique du Sud, par exemple, c'est la migration qui semblait à l'origine alimenter la propagation du virus en multipliant les liens entre lieux ayant des taux de prévalence considérablement différents à savoir, les zones où les migrants travaillent et leur foyer rural<sup>6</sup>. De même, au Mexique, on a constaté que l'augmentation des cas de VIH dans les communautés rurales était probablement due au fait que les migrants infectés pendant leur séjour aux Etats-Unis avaient ramené l'infection dans leur communauté d'origine (Sanchez et al., 2004).

Des travaux de recherche ultérieurs en Afrique du Sud montrent que la migration de leur partenaire laisse souvent les femmes des zones rurales sans ressources. Elles ont parfois des rapports sexuels en échange d'un soutien économique et social pour elles-mêmes et leurs enfants, et augmentent ainsi leur risque de contracter le VIH (Lurie, 2006). Ce risque augmente également quand leur partenaire revient, les femmes étant souvent incapables, ou peu enclines, à négocier des rapports sexuels à moindre risque. A cette vulnérabilité sociale s'ajoute la vulnérabilité programmatique : les informations et les services relatifs au VIH font souvent défaut

---

<sup>6</sup> Toutefois, à mesure que l'épidémie progressait et que la prévalence du VIH augmentait dans les zones rurales, la distinction entre zones de prévalence élevée et de faible prévalence s'est estompée, et les épidémies rurales sont sans doute devenues auto-entretenues.

dans les communautés sources. Les messages de prévention ciblent peut-être les hommes qui migrent mais oublient les épouses et partenaires laissées au foyer (Hirsch et al., 2002).

Les retours, permanents ou pour des visites, peuvent aussi être source de vulnérabilité : on a constaté que les migrants vivant au Royaume-Uni et qui se rendent pour une visite dans leur pays sont plus susceptibles que d'autres voyageurs d'avoir des aventures sexuelles pendant leur court séjour (Fenton et al., 2001). Les migrants qui rentrent après une très longue absence doivent faire face à diverses situations stressantes qui peuvent augmenter le risque, notamment les très grandes attentes de leurs proches et les obligations sociales et financières (Ghosh, 2000). Il arrive aussi que les migrants rentrent en mauvaise santé mais qu'ils n'aient qu'un accès limité aux services de santé. Les difficultés qu'ont les familles qui soignent celui qui a migré et qui est rentré atteint du VIH sont telles qu'elles peuvent affecter la communauté tout entière et peuvent subsister pendant des générations. Ces dures réalités sont rarement mentionnées dans les enseignements relatifs au VIH que ce soit dans le pays source ou celui de destination.

Quand une situation humanitaire finit par se calmer, les gens qui retournent chez eux ou sont rapatriés (parfois après avoir passé des décennies dans le pays d'accueil) se voient confrontés à de nombreux défis lorsqu'ils essaient de se réinsérer et de se construire une nouvelle vie. Les expériences vécues au Mozambique et en Angola indiquent que la vulnérabilité augmente pendant les conflits mais, comme il a déjà été mentionné, elle ne se traduit pas nécessairement par une augmentation globale de la transmission du VIH. Le plus grand risque de VIH peut plutôt survenir au lendemain des conflits, à mesure que les gens se remettent à bouger, rentrent chez eux, et ont des rapports sexuels non protégés avec davantage de partenaires. Il y a d'autres facteurs de stress et des risques pour les anciens combattants et les communautés où ils se réinsèrent, notamment les actes de violence sexuelle et sexiste (Comité permanent interinstitutions, 2005 ; ONUSIDA, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2008).

## **5. Sur la voie de l'accès universel : ripostes et services politiques et programmatiques**

Un large éventail de ripostes et de services ont été élaborés pour prendre en compte les vulnérabilités et les besoins des populations mobiles liés au VIH. Les données factuelles sur la couverture et la qualité de ces ripostes politiques et programmatiques sont éparpillées et lacunaires. Les évaluations des répercussions des programmes et des politiques sur le VIH sont encore plus limitées. Les exemples qui figurent ci-dessous sont fondés principalement sur une demande adressée aux bureaux régionaux et aux Coparrainants du Secrétariat de l'ONUSIDA. D'autres exemples de politiques et de programmes qui tentent d'élargir l'accès universel aux populations en mouvement seront présentés au cours des sessions en groupe restreint du Conseil de Coordination du Programme, et à l'aide de supports mis à disposition entre les sessions.

### *Ripostes politiques*

Plusieurs conventions, protocoles et engagements politiques ont été adoptés aux niveaux international et régional qui reconnaissent les droits des migrants en général et leur accès à la santé en particulier. Il s'agit notamment de :

- La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille.
- La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) de 2001, qui demande « d'élaborer, aux niveaux national, régional et international, des stratégies qui facilitent l'accès aux programmes de prévention du VIH/sida pour les migrants et les travailleurs mobiles » et fait également mention des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays.
- Le Protocole visant à prévenir, supprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, et le Protocole contre le trafic de migrants par terre, mer et air.
- La résolution de l'Assemblée mondiale de la santé sur la santé des migrants.

Ces instruments politiques réaffirment avec force que tous les droits humains s'appliquent aux populations en mouvement, et les gouvernements qui ont signé les instruments se sont engagés, ainsi que leurs agents, à protéger ces droits et à promouvoir l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH pour les populations en mouvement. En dépit de ces engagements, 59 pays appliquent toujours des restrictions au voyage liées au VIH (voir Encadré 7).

### *Dialogue politique*

Le dialogue parmi les ministères clés au sein des pays (par ex. santé, intérieur, justice, travail, bien-être social, éducation), entre les différents provinces ou états d'un pays donné et à travers les frontières nationales, fournit un moyen efficace de promouvoir la protection des droits humains des populations en mouvement ainsi qu'un accès cohérent et constant à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. Par exemple :

- En réponse à des appels émanant de plusieurs pays asiatiques pourvoyeurs de main-d'œuvre, des Consultations ministérielles pour les pays d'Asie pourvoyeurs de main-d'œuvre se sont tenues en 2003 à Colombo – bien connues sous le nom de 'Processus de Colombo'. Les 10 premiers pays participants ont émis des recommandations pour une gestion efficace des programmes d'emploi à l'étranger et ont convenu de tenir des réunions de suivi sur une base régulière.
- Le Dialogue d'Abu Dhabi (janvier 2008) est un dialogue entre les 11 pays du Processus de Colombo et neuf autres pays asiatiques. La réunion d'Abu Dhabi a reconnu la responsabilité conjointe des pays d'origine et de destination de faire respecter par les agences de recrutement et autres parties engagées dans le processus de recrutement les dispositions des lois et règlements nationaux se rapportant à l'emploi de main-d'œuvre contractuelle temporaire, apportant ainsi une protection accrue aux travailleurs.
- Les Initiatives conjointes des Nations Unies sur la mobilité et le VIH et le sida en Asie du Sud-Est et en Chine méridionale rassemblent des gouvernements, les principaux réseaux d'organisations non gouvernementales et la famille des Nations Unies afin de promouvoir l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui dans le domaine du VIH pour les populations mobiles et migrantes tout au long du cycle de migration dans une région qui représente environ 70% de la migration de la main-d'œuvre sur le plan mondial.

#### Encadré 8

#### **L'ANASE (L'Association des nations de l'Asie du Sud-Est). Une plate-forme régionale suscite un dialogue multipartenaires et une action régionale commune afin de promouvoir l'accès universel pour les populations en mouvement**

La région de l'ANASE a créé une nouvelle dynamique pour plaider en faveur des droits des populations migrantes comme des citoyens positifs au VIH. En janvier 2007, lors du 12<sup>ème</sup> Sommet de l'ANASE à Cebu, aux Philippines, les dirigeants de l'ANASE ont adopté deux nouvelles déclarations, soit : les Engagements de l'ANASE sur le VIH et le sida et la Déclaration de l'ANASE sur la protection et la promotion des droits des travailleurs migrants.

Plus récemment, à la suite des engagements de 2007, un dialogue multipartenaires sur la prévention, le traitement, les soins et l'appui en matière de VIH dans la région de l'ANASE a rassemblé pour la première fois des responsables gouvernementaux de haut niveau émanant des ministères des affaires étrangères, de la santé et du travail de l'ANASE, ainsi que des organisations de la société civile et des organismes des Nations Unies. Les recommandations clés approuvées par les participants consistent notamment à : (i) mettre en place les politiques et la législation nécessaires pour faire en sorte que les travailleurs migrants jouissent du même accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH ; et (ii) veiller à ce que le dépistage du VIH parmi les travailleurs migrants obéisse aux normes internationales, y compris le consentement éclairé, la confidentialité et le conseil. Les participants à la réunion ont fortement encouragé les gouvernements à passer en revue les lois, politiques et pratiques liées aux restrictions spécifiques au VIH à l'entrée, au séjour et à la résidence et à s'assurer que les personnes vivant avec le VIH ne soient plus exclues, détenues ou expulsées sur la base du statut VIH.

- L'Initiative des pays des Grands Lacs sur le sida représente une riposte régionale politique et programmatique au VIH pour le Burundi, le Kenya, l'Ouganda, la République démocratique du Congo, la République-Unie de Tanzanie et le Rwanda, afin d'améliorer les perspectives en vue d'approches coordonnées. Elle établit des programmes de prévention, de traitement, de soins et d'atténuation en matière de VIH à l'intention des groupes mobiles et vulnérables tels que les réfugiés, les travailleurs du secteur des transports, et les populations hautement affectées/infectées au sein de la région.
- Le Projet d'appui au programme de partenariat régional contre le VIH/sida de l'Autorité intergouvernementale pour le développement (IGAD) s'efforce : (i) d'accroître l'action de prévention et de réduire les idées fausses sur les populations transfrontalières et mobiles, les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, les gens qui retournent chez eux, et les communautés hôtes avoisinantes concernant la prévention, le traitement et l'atténuation du VIH dans des sites choisis des Etats Membres de l'IGAD ; et (ii) d'établir une approche régionale commune et durable pour soutenir ces populations dans les Etats Membres de l'IGAD.<sup>7</sup>
- Le Cadre politique de la Communauté sud-africaine pour le développement sur les maladies transmissibles parmi les populations migrantes et mobiles est actuellement en cours d'élaboration et abordera les questions d'accès aux services de santé et d'harmonisation des protocoles de traitement et des efforts de prévention.
- Une initiative sous-régionale pour les ports de la Mer Rouge et du Golfe d'Aden comprend la mise en commun des ressources humaines et techniques entre les pays, la mise sur pied de systèmes d'orientation-recours inter-pays, et le renforcement des capacités de prévention, de traitement, de soins et d'appui dans le domaine du VIH pour les personnes vivant avec le VIH. L'initiative met en place des stratégies et politiques communes et renforce la coordination, les partenariats et la communication sur les politiques entre les conseils nationaux de lutte contre le sida et les programmes nationaux de lutte contre le sida avec les secteurs concernés à travers les pays (par ex. gouvernements nationaux, l'Equipe régionale d'appui de l'ONUSIDA pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord et l'Organisation internationale pour les Migrations (OIM)).

Faire en sorte que les plates-formes de développement politique comprennent tous les groupes affectés aide à promouvoir le dialogue et l'apprentissage conjoint entre les gouvernements, le secteur privé et la société civile et permet d'élaborer des stratégies pratiques qui répondent aux besoins réels des communautés d'origine et de destination ainsi que des populations en mouvement. Il ne s'agit là que de quelques exemples qui illustrent la faisabilité de stratégies multi-pays, multipartenaires pour activer le leadership politique, jeter des passerelles entre les frontières nationales et élaborer et partager des connaissances, afin de s'engager et de parvenir à atteindre les populations vulnérables en mouvement et à répondre aux besoins de coordination et d'harmonisation des politiques et programmes de lutte contre le VIH.

### *Ripostes programmatiques*

Si les politiques créent le contexte favorable pour l'action, des ripostes programmatiques réussies sont essentielles pour veiller à ce que l'accès universel soit étendu aux populations en mouvement. Une gamme d'importantes stratégies d'action pouvant être mises en œuvre aux niveaux national, régional ou mondial figurent dans l'importante littérature sur le sujet et sont présentées ci-dessous pour aider à orienter la discussion et susciter des idées créatives au cours du Segment thématique. Elles sont illustrées à l'aide de quelques-uns parmi les nombreux exemples disponibles d'applications réussies de ces stratégies. Ces stratégies ne s'excluent pas mutuellement. Nombre de programmes solides comprennent des stratégies multiples.

---

<sup>7</sup> Les Etats Membres de l'IFAD sont les suivants : Djibouti, Ethiopie, Kenya, Ouganda, Somalie, Soudan.

### **Exemple 1.** Recueillir des données, documenter les problèmes et les besoins

Il est nécessaire de procéder au recueil d'informations précises sur la taille et la diversité des populations en mouvement, en accordant une attention particulière aux facteurs transversaux énumérés à la Section 2, pour éclairer les actions à la fois politiques et programmatiques. Des méthodes qui protègent les droits humains, instaurent la confiance et ne causent aucun tort (par ex. méthodes participatives, respect de l'anonymat, négociation avec les autorités pour obtenir un espace protégé aux fins de la recherche, etc.) sont essentielles lorsque les populations sont confrontées à la stigmatisation et/ou une menace de détention ou d'expulsion. Les quelques exemples suivants illustrent des types de collecte d'information qui ont été effectués et se sont révélés utiles pour surmonter les obstacles à l'accès universel pour les populations en mouvement

- Des études sur la dynamique du VIH liée à la migration de la main-d'œuvre en Afrique australe, notamment les schémas de vulnérabilité au VIH le long des principaux corridors de la Namibie et du Mozambique, ont été menées récemment, de même que des études quantitatives et qualitatives pour évaluer la prévalence du VIH parmi les populations en mouvement comparée aux populations non mobiles.
- On a procédé à un examen de toutes les lois relatives à l'accès des migrants aux services de santé dans les pays de la Communauté sud-africaine pour le développement.
- Une évaluation de base comprenant un examen de la littérature dans la région, intitulée Répondre aux besoins de santé des femmes soumises à la traite en Afrique de l'Est et en Afrique australe, a été effectuée.
- Une analyse préliminaire des risques et des vulnérabilités liés au VIH dans les ports d'Aden et de Hodeidah, au Yémen, a été menée ; elle comprenait la cartographie des organisations non gouvernementales et partenaires clés qui collaborent activement avec les populations migrantes et ont su gagner leur confiance. Un partenariat avec ces acteurs a permis de résoudre les difficultés liées à l'accès aux populations migrantes.
- Une cartographie des points chauds en Somalie a généré des informations essentielles sur les risques et la vulnérabilité liés au VIH et permis d'identifier les populations mobiles en tant qu'important groupe à risque destiné à bénéficier de services VIH grâce au succès d'une proposition du cycle 8 du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial).
- Une évaluation rapide sur le VIH et la mobilité dans les 10 pays membres de l'ANASE a été menée récemment, et on a établi un inventaire de toutes les organisations régionales œuvrant dans le même domaine. Le produit est destiné aux décideurs et aux praticiens et permettra une meilleure définition de leurs programmes.
- Des études de surveillance comportementale parmi les populations déplacées et leurs communautés environnantes sont effectuées dans le cadre de l'Initiative des Grands Lacs sur le sida et le Programme d'assistance au retour et à la réintégration des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays afin de déterminer les facteurs de risque comportementaux et la prévalence du VIH et de faire en sorte que les programmes de lutte contre le VIH soient ciblés et exhaustifs.
- Des analyses conjointes multisectorielles, impliquant de multiples organismes, de la situation du VIH parmi les populations déplacées à l'intérieur de leur propre pays en Côte d'Ivoire, au Népal, en République centrafricaine, en République démocratique du Congo et à Sri Lanka ont permis de recueillir des informations de base dans un court laps de temps pour orienter la planification d'activités programmatiques spécifiques en matière de VIH, et le plaidoyer en leur faveur.

**Exemple 2.** Accroître la sensibilisation aux stéréotypes, à la stigmatisation et à la discrimination (et les combattre) à l'encontre des personnes déplacées sous la contrainte, des migrants et des populations mobiles, et les informer de leurs droits.

Pour normaliser et pérenniser l'information et les services en matière de VIH pour les populations en mouvement, il est important de briser les mythes entourant les migrations et la mobilité et d'affronter les stéréotypes et les préjugés. Accroître la sensibilisation des parties prenantes clés telles que les responsables de l'immigration, les décideurs dans le domaine du bien-être social, les fournisseurs de services de santé et les dirigeants des programmes de lutte contre le VIH peut y contribuer, car la recherche sur la stigmatisation associée au VIH a montré que les individus qui stigmatisent ignorent souvent que leurs paroles et leurs actions pourraient causer du tort, et peuvent communiquer un tableau correct de la situation à la population générale.

- Une étude intitulée Vulnérabilités au VIH des femmes migrantes : de l'Asie aux Etats arabes est axée sur les risques et les vulnérabilités des travailleuses domestiques et souligne la prévalence des abus et de la marginalisation auxquels sont confrontées les femmes dans le pays hôte ainsi qu'à leur retour. Elle cite également les actions politiques couronnées de succès auxquelles les gouvernements d'origine et les pays hôtes ont eu recours pour protéger la dignité et la santé des employés non ressortissants du pays (Programme des Nations Unies pour le Développement, 2009).
- Le Partenariat sur le VIH et la mobilité en Afrique australe est centré sur six secteurs caractérisés par une mobilité de la population et une migration de la main-d'œuvre élevées : construction, transports, agriculture commerciale, domaine maritime, mines et commerce transfrontalier informel. Il a élaboré et mis en œuvre nombre d'activités de sensibilisation du public pour faire prendre conscience des enjeux quotidiens auxquels sont confrontés les migrants en Afrique australe et dispense une formation aux responsables de l'immigration sur le VIH et la sexospécificité.
- Un modèle complet de promotion de la santé pour travailler avec les communautés d'accueil des migrants et les communautés envoyant des migrants a été élaboré en Afrique australe. Le modèle utilise comme base la communication pour le changement social et encourage la réforme des normes et attitudes sous-jacentes qui stigmatisent les populations en mouvement impliquant à la fois les bénéficiaires et autres partenaires clés.
- La Cellule mondiale de réflexion sur les restrictions au voyage liées au VIH s'est attaquée au mythe qui consiste à ce que les restrictions affectent largement les personnes privilégiées vivant avec le VIH qui voudraient assister à des conférences internationales. La réalité est qu'un bien plus grand nombre de migrants du travail et de touristes sont affectés par les restrictions au voyage liées au VIH (ONUSIDA, 2008).
- TAMPEP, le Réseau européen pour la prévention du VIH/des IST et la promotion de la santé parmi les professionnel(le)s du sexe migrant(e)s, a élaboré un répertoire multilingue (anglais, espagnol, français et russe) des services sociaux et de santé fondé sur le web à travers 25 pays européens ([www.services4sexworkers.edu](http://www.services4sexworkers.edu)) qui vise à renforcer les possibilités d'orientation-recours et à améliorer l'accès des professionnel(le)s du sexe aux services. Le site web fournit également des informations relatives au commerce du sexe et à la législation sur les migrations, ainsi qu'aux possibilités de soins de santé pour les migrants dans chaque pays partenaire.
- Exploitant les puissants réseaux sociaux des travailleurs de la construction migrants, qui sont souvent originaires des mêmes villages de Chine, la campagne Hometown Fellows (Concitoyens) offre une éducation par les pairs dans les dortoirs et les zones de divertissement alentour. La campagne a été renforcée par une formation en groupes dans les compagnies ainsi que par des messages éducatifs diffusés à la télévision et à la radio dans 850 gares ferroviaires et dans les bus locaux.
- Par le biais du théâtre, mais également de la tournée de l'exposition Positive Lives, des personnes déplacées et les communautés avoisinantes se rassemblent pour discuter des problèmes entourant la stigmatisation et la discrimination liées au VIH en Afrique occidentale.

**Exemple 3.** Catalyser et soutenir la discussion et la planification conjointe entre les parties et secteurs clés qui ne se rencontrent habituellement pas, afin d'appuyer une meilleure formulation

des politiques, élaborer des activités communes et aligner les politiques et les lois sur les objectifs de l'accès universel (voir aussi la section sur les ripostes politiques)

- En Afrique australe, plusieurs consultations régionales et nationales se sont tenues, réunissant des parties prenantes provenant des gouvernements, de la société civile et de la communauté internationale sur les ripostes au VIH dans le secteur des transports et de l'agriculture commerciale. Ces consultations ont facilité un échange d'informations et d'enseignements et l'établissement de réseaux, et ont accru la collaboration et la coopération entre les principales parties prenantes. En juin 2009, une réunion régionale portant sur le Dialogue au sujet des migrations en Afrique australe se tiendra en République-Unie de Tanzanie ; elle rassemblera de hauts responsables gouvernementaux provenant des ministères de la santé et des affaires intérieures ainsi que des commissions nationales sur le sida de la Communauté sud-africaine pour le développement, afin de discuter de l'accès des migrants à la santé dans la région.
- L'intégration de la mobilité des populations dans les plans nationaux de lutte contre le sida et l'inclusion des migrants et des réfugiés dans les examens UNGASS ont également contribué à la prise de conscience et à la fourniture de programmes VIH à l'intention des groupes autrefois négligés.
- Au Maroc, le premier plan sur la migration et le VIH a été élaboré grâce au dialogue entre le ministère de la santé, le ministère de l'intérieur, les organisations non gouvernementales, les associations de migrants et les partenaires internationaux. Cela a débouché sur l'intégration de programmes pour la prévention, le traitement, les soins et l'appui en matière de VIH à l'intention des migrants dans le plan stratégique national sur le sida et la mobilisation de ressources financières par l'intermédiaire du Fonds mondial.

**Exemple 4.** Travailler en amont pour réduire la vulnérabilité dans des situations et à des endroits connus pour créer la vulnérabilité.

L'importance de programmes visant à s'attaquer 'en amont' aux causes de la vulnérabilité et des risques est largement citée dans la littérature sur les populations en mouvement. Par exemple, de grands projets de construction (l'oléoduc du Tchad, des sites de construction de barrages, des travaux d'entretien des routes, etc.) attirent les travailleurs de très loin, et peuvent provoquer le déplacement des résidents locaux. Les organisations, notamment les employeurs, peuvent investir dans des environnements plus sûrs pour les travailleurs et les communautés affectées. En protégeant les droits et la dignité des populations en mouvement, les pressions économiques qui poussent les individus à adopter des comportements risqués peuvent être atténuées ou évitées.

- Le projet hydroélectrique du Lower Kihansi en République-Unie de Tanzanie a évalué les avantages de la planification et de l'action visant à réduire l'impact du VIH sur les communautés affectées par le projet de construction. Une composante sur la santé comprenait la communication sur le VIH, le marketing social du préservatif, le renforcement des services de santé, notamment des services pour les infections sexuellement transmissibles, et la fourniture de conseil et de test VIH. Le projet a non seulement amélioré les comportements à risque signalés au sein de la communauté affectée, mais a montré une augmentation de la prévalence du VIH de 50% inférieure à celle qui a été observée dans les zones contrôles (Banque mondiale, 2005).
- Anglo American, un leader mondial dans les secteurs des mines et des ressources naturelles, a été reconnu pour son programme complet contre le VIH qui couvre à la fois la prévention (promotion du conseil et du test volontaires à large échelle pour l'infection à VIH au sein de la main-d'œuvre et dans la communauté environnante) et le traitement (mise à disposition de la thérapie antirétrovirale aux frais de la compagnie et partenariat avec le gouvernement pour agir au-delà du lieu de travail). Le fait d'être membre de la Coalition mondiale des entreprises et du Conseil du Fonds mondial permet à Anglo American de fournir un leadership au secteur privé sur les stratégies visant à responsabiliser les employés et à réduire leur vulnérabilité au VIH.

- En 2001, le Ministère du Travail jordanien a élaboré un Contrat de travail spécifique pour les travailleurs domestiques non jordaniens venant d'Indonésie, du Népal, des Philippines et de Sri Lanka. Ce mémorandum d'accord, négocié avec l'UNICEF, établit les droits et les responsabilités des employeurs des travailleurs étrangers. Le contrat interdit entre autres aux employeurs de retenir le passeport et autres papiers du travailleur, exige des employeurs qu'ils paient des salaires alignés sur ceux qui sont versés aux ressortissants jordaniens et de les payer dans les sept jours à compter de la date à laquelle ils sont dus.

**Exemple 5.** Faciliter l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH

Les programmes couronnés de succès sont bien trop nombreux pour être résumés ici, mais les éléments clés comprennent notamment : mobilisation sur le terrain des communautés impliquées, notamment développement des capacités pour que les communautés affectées élaborent et dirigent leurs propres programmes ; fournir des informations et des services là où les gens se trouvent, en utilisant un langage et des supports qui soient accessibles et culturellement appropriés ; éducation par les pairs et entraide ; et continuité, dans le temps et sur la distance. Quelques exemples suivent :

Encadré 9

**Actions des partenariats public-privé à l'intention des chauffeurs routiers**

Les compagnies privées réalisent de manière croissante que les coûts de la prise en charge des employés représentent une menace directe pour la pérennité des affaires, car les coûts des absences, du remplacement et de la formation des employés qualifiés font peser une lourde charge financière sur les entreprises et peuvent gravement affecter les bénéficiaires. Par exemple, une étude portant sur une entreprise de transports au Zimbabwe a révélé que le coût total pour la compagnie en raison du VIH était égal à 20% des bénéficiaires (Stover and Bollinger, 1999).

La North Star Alliance,<sup>1</sup> un partenariat public-privé, a été fondée en 2006. En coordonnant ses activités avec des programmes nationaux et régionaux, ainsi qu'avec les prestataires de services de santé locaux, North Star a établi un réseau de dispensaires d'accueil, ou de centres de bien-être, aux 'points chauds' (arrêts de bus, frontières, ports) où de grands nombres de travailleurs du secteur des transports (chauffeurs routiers, marins, travailleurs du rail, équipages aériens) et de professionnel(le)s du sexe se réunissent et où le commerce du sexe et autre commerce informel sont florissants. Les centres sont reliés par un système informatique ; les clients recevront sous peu un passeport de santé électronique qui leur permettra d'accéder aux services à partir de n'importe quel point du réseau.

Les centres fournissent une éducation à la santé sexuelle, un conseil, des préservatifs, le test VIH, le traitement contre les infections sexuellement transmissibles et les affections courantes dans le domaine du travail, des services contre la tuberculose et le paludisme, et des orientations médicales. Actuellement, il existe huit centres de bien-être dans six pays, et 11 autres sont prévus en 2009 (Disney, 2009). Des recherches importantes ont été menées sur les corridors de transport en Afrique australe et orientale, et plus de 100 points chauds potentiels, dont la moitié environ sont considérés comme des lieux hautement prioritaires, ont été identifiés (De Blois and Thow, 2007).

- En Ethiopie, la prévention du VIH dans le secteur des transports reçoit un soutien depuis 2001 grâce à une approche exhaustive qui comprend l'élaboration de politiques sur le lieu de travail, des comités d'entreprises sur le VIH, une formation et un enseignement ciblés à l'intention des chauffeurs routiers, la distribution de préservatifs et l'élaboration de supports. Un appui continu est fourni au plan national sectoriel pour le secteur des transports et afin d'intégrer la prévention du VIH dans les opérations de logistique des programmes de secours alimentaire d'urgence.
- Au Lesotho, dans l'industrie du textile et de l'habillement, l'organisation non gouvernement ALAFA a facilité des programmes complets de lutte contre le VIH sur le lieu de travail couvrant l'élaboration de politiques, la prévention, les soins et le traitement en matière de VIH. Les services sont fournis sur les lieux de travail par l'intermédiaire de prestataires de services contractuels et ont permis à quelque 36 000 travailleurs (86%) de bénéficier de l'accès à des programmes de

prévention. Un total de 31 000 travailleurs (74%) ont également accès aux soins et au traitement par le biais de dispensaires sur leur lieu de travail.

- En Egypte, le premier programme de prévention du VIH parmi les réfugiés a été établi en 2005. L'établissement de partenariats avec les organisations non gouvernementales à assise communautaire a été essentiel à sa mise en œuvre.
- L'intégration des besoins des populations migrantes et réfugiées dans les plans stratégiques nationaux et les propositions au Fonds mondial (par l'Egypte, le Maroc, la Somalie et le Soudan) ont eu pour résultat une prise de conscience et des ressources accrues pour la mise en œuvre des programmes et l'accès aux médicaments antirétroviraux dans certains pays. Cette approche a permis de contrer les politiques consistant à ne fournir des antirétroviraux qu'aux citoyens du pays.
- Le travail de proximité au Maroc, où les migrants ont été formés à devenir des agents de proximité pour leurs pairs, a été intégré dans les programmes des organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine du sida. Des séances de sensibilisation conjointes avec les organisations non gouvernementales nationales ont aidé à relever les défis que représentent le manque de confiance et la réticence à demander à bénéficier des services, notamment le conseil et le test volontaires.
- Au niveau national, certains pays d'accueil, particulièrement en Europe, ont d'importants programmes pour les migrants et les minorités ethniques depuis les années 1990. Les premières années, ils étaient axés principalement sur la prévention, mais plus récemment davantage d'attention a été accordée aux questions liées à la prise en charge (<http://www.aidsmobility.org/index.cfm>).
- Dans certains pays exportateurs de main-d'œuvre (par ex. le Cambodge, l'Indonésie, les Philippines et le Viet Nam), les travailleurs ayant l'intention de migrer bénéficient d'une éducation relative au VIH avant le départ qui, entre autres, leur indique où ils peuvent obtenir de l'aide le cas échéant lorsqu'ils sont à l'étranger. Certains programmes, tels que des séances d'éducation par les pairs mises en œuvre par ACHIEVE, aux Philippines, et des séances d'apprentissage interactif élaborées par le Conseil national de placement et de protection pour les travailleurs indonésiens à l'étranger ciblent les travailleuses domestiques migrantes.
- Des programmes pour les migrants dans leurs pays hôtes comprennent notamment le programme PHAMIT (prévention du VIH/sida parmi les travailleurs migrants en Thaïlande), qui fournit des informations sur le VIH et la santé reproductive aux migrants et distribue des matériels ciblés dans la langue des migrants. Ce partenariat stratégique entre huit organisations non gouvernementales et le ministère de la santé a créé 38 centres d'accueil qui donnent des informations et orientent vers les services situés à proximité des lieux de travail des migrants.
- Le Ministère cambodgien des Travaux publics et du Transport a adopté une politique rendant obligatoire l'éducation en matière de VIH dans le secteur des transports, telle que les programmes de formation professionnelle dans les écoles de conduite en 2006. Toutefois, en l'absence de ressources humaines et financières suffisantes, les difficultés subsistent pour la mise en œuvre de ces plans et de ces politiques.
- Certains gouvernements prennent des mesures pour intégrer les populations mobiles dans la riposte nationale : le Lesotho et la Zambie se réfèrent explicitement aux populations mobiles, notamment les ouvriers du transport, dans leurs plans nationaux de lutte contre le sida. Le Département sud-africain du Transport est doté d'un plan stratégique contre le VIH et le sida depuis 2001.
- En Equateur, le Réseau national des professionnel(le)s du sexe collabore avec le HCR et l'UNFPA pour assurer l'accès à des services de santé reproductive et liés au VIH à l'écoute des jeunes. Une éducation par les pairs et des campagnes de sensibilisation ont été organisées afin d'encourager les changements d'attitudes et de comportements, ainsi que pour améliorer les connaissances et les capacités des adolescents à protéger leur propre santé.

- La poursuite de la thérapie antirétrovirale pour un grand nombre de personnes au cours des violences post-élection au Kenya a représenté un défi, car beaucoup ont été déplacées et les services perturbés. En une semaine, le ministère de la santé avait publié une annonce sur la gestion de l'interruption de la thérapie antirétrovirale, et en quelques semaines Médecins sans Frontières avaient établi une ligne téléphonique d'urgence gratuite pour dispenser des informations sur les services de thérapie antirétrovirale.

**Exemple 6.** Suivi et évaluation, partage d'information, documentation de la mise en œuvre des politiques, des politiques et des abus, et leur utilisation à des fins de plaidoyer

- Le programme de soins d'urgence à domicile au Zimbabwe s'est doté d'un système de suivi et d'évaluation minutieux qui a contribué à éclairer et renforcer le suivi et l'évaluation du programme régulier de soins à domicile dans le contexte de la riposte nationale post-urgence.
- Le Programme régional VIH/sida Canada-Asie du Sud-Est (CSEARHAP) (2004–2008) consistait en un programme régional quinquennal pour la mise en œuvre du Groupe régional d'intervention de l'ONU sur la mobilité et la réduction de la vulnérabilité au VIH et l'application de la Stratégie régionale du Groupe d'intervention dans quatre pays de la sous-région du Grand Mékong (Cambodge, République démocratique populaire lao, Thaïlande et Viet Nam) avec un budget de US\$ 5 millions. Ce financement s'est achevé en décembre 2008, mais les activités clés du CSEARHAP comprenaient notamment des autocontrôles politiques participatifs, qui ont passé en revue la mise en œuvre des accords internationaux, régionaux et nationaux sur le VIH et la mobilité.

## 6. Conclusion et points de discussion

La mobilité sous toutes ses formes et un élément déterminant du 21<sup>ème</sup> siècle. Elle est bénéfique lorsque les personnes affectées par des urgences humanitaires peuvent se déplacer dans un endroit plus sûr. Elle est bénéfique lorsque les individus peuvent librement chercher un emploi, étudier ou se divertir au-delà de leurs frontières nationales. La migration fait désormais partie du fonctionnement économique de nombre de pays – à la fois les pays qui envoient et ceux qui reçoivent des migrants. Toutefois, les populations en mouvement ne sont souvent pas perçues comme des individus ayant des droits. Sans une action pour éduquer les gouvernements, la société civile et les personnes migrantes elles-mêmes à propos de leurs droits, et selon les ressources mises à leur disposition lors de leur voyage, les personnes mobiles peuvent être exploitées, exposées à des conditions de travail et à une rémunération inégales, et marginalisées et stigmatisées tout au long du processus de migration, de mobilité ou de déplacement. Les études indiquent que les populations mobiles sont exposées à la discrimination, à l'exploitation et au harcèlement à domicile et à l'étranger. Les populations en mouvement n'ont souvent qu'un accès restreint voire aucun accès du tout à la protection juridique ou sociale, et de nombreux pays expulsent les étrangers en raison de leur statut VIH, les autorités les déclarant 'inaptes' à travailler à l'étranger, avec pour résultat une sévère perte économique pour les travailleurs migrants et leur famille.

Etant donné les grands nombres de personnes en mouvement, le fait d'assurer leurs droits et leur accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH est un élément crucial d'une riposte régionale efficace au sida. L'analyse présentée dans les Sections 1-4 aborde plusieurs points clés sur la manière de le réaliser. Premièrement, elle souligne que la mobilité est un processus qui affecte non seulement les populations en mouvement, mais également leurs communautés d'origine et de destination, et les personnes qu'elles rencontrent sur leur chemin. La mobilité est dynamique, et les programmes liés au VIH pour les populations en mouvement sont plus solides, plus cohérents et plus humains lorsqu'ils peuvent considérer le cycle de migration dans son intégralité. Deuxièmement, les personnes se déplacent pour de nombreuses raisons, et beaucoup de ces raisons sont hors du contrôle de l'individu. Toutefois, ce sont les conditions dans lesquelles les personnes se déplacent qui provoquent la vulnérabilité sociale et programmatique qui entrave l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui requis en matière de VIH. Les gouvernements, les entreprises, la société civile et les Nations Unies ont un rôle à jouer pour

définir les conditions nocives, et pour les transformer. Troisièmement, une large gamme de ripostes politiques et programmatiques démontrent que donner aux populations mobiles l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui dans le domaine du VIH est tout à fait possible. Eliminer les obstacles qui empêchent les populations en mouvement de protéger leur propre santé et leur propre bien-être n'est parfois qu'une question d'aller au-delà des frontières institutionnelles, sectorielles et nationales pour fournir une filière de services de prévention, de traitement, de soins et d'appui harmonisée et efficace.

D'autres exemples, émanant d'un grand nombre de pays, seront présentés au cours des tables rondes en groupe restreint du Segment thématique ainsi que dans la galerie d'exposition. L'objectif du Segment thématique vise à partager et à diffuser ce type d'expériences, afin d'informer les participants à la réunion du Conseil de Coordination du Programme et de leur permettre de définir quelles sont les actions politiques et programmatiques qui devront être favorisées et soutenues. Une riposte internationale élargie et renforcée aux questions relatives au VIH et à la mobilité



Photo : Programme des Nations Unies pour le Développement, 2008.

permettra en fin de compte d'améliorer la vie et le bien-être des populations en mouvement, et le présent Segment thématique offre une occasion de considérer et d'identifier des actions pratiques qui peuvent être prises et préconisées par les gouvernements, la société civile et les Coparrainants et partenaires de l'ONUSIDA.

Les points suivants peuvent être examinés lors des discussions en groupe restreint et des actions de suivi qui se tiendront après la journée consacrée au Segment thématique.

### *Données*

Il est essentiel de disposer de données de haute qualité et exhaustives pour définir les problèmes et les besoins des diverses populations en mouvement, et pour convaincre les communautés et les gouvernements que les stéréotypes négatifs au sujet des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées n'ont pas lieu d'être. Une évaluation rigoureuse des politiques et programmes est plus que jamais requise afin de montrer que les fonds sont dépensés de manière efficace. Et pourtant les experts ont parfois hésité à rassembler et à publier des données sur les migrants, les minorités ethniques, les réfugiés, les demandeurs d'asile ou autres groupes mobiles, en particulier de crainte de stigmatiser davantage des populations déjà stigmatisées. En outre, parmi d'autres enjeux, les populations concernées sont souvent difficiles à atteindre, et les numérateurs comme les dénominateurs sont mal définis. Il est crucial de partager les connaissances au sujet des programmes efficaces et des analyses des échecs.

Il existe des exemples de collecte de données et de partage des connaissances fondés sur les droits, notamment des stratégies qui engagent les communautés concernées. Quels sont les enseignements tirés pour surmonter les obstacles en matière de collecte des données requises, tout en respectant les droits et la confiance des populations ? Quelles recherches sont les plus nécessaires ? Y existe-t-il d'autres stratégies pour appuyer le plaidoyer fondé sur des preuves et pour accroître l'efficacité des programmes ?

#### Encadré 10

#### **Accès aux soins dans les situations d'urgence humanitaire**

Les populations affectées par les conflits ont été largement exclues du discours international sur le traitement et la prise en charge du VIH, et de leur financement, principalement car on avait le sentiment que la fourniture d'un accès sûr et efficace à la thérapie antirétrovirale demandait une infrastructure sanitaire stable, la condition même qui fait souvent défaut dans les situations d'urgence humanitaire. Les réfugiés, toutefois, vivent souvent pendant des années dans des contextes relativement stables dans leurs pays hôtes (à la fin de 2003, les populations réfugiées restaient dans leurs pays hôtes pendant 17 ans en moyenne). De plus, le souci de provoquer éventuellement une résistance à la thérapie antirétrovirale en raison de l'arrêt et de la reprise du traitement ne se justifie pas nécessairement davantage pour les populations affectées par les conflits que pour les autres populations. En outre, il est crucial d'assurer la poursuite du traitement au cours d'une crise, pour le VIH mais également pour les infections opportunistes, notamment la tuberculose (Comité permanent interorganisations, 2004). Il a été démontré, en fait, qu'avec une planification d'urgence appropriée et des plans d'interruption du traitement bien gérés, les risques associés à la non-observance ou aux interruptions en raisons de situations humanitaires pouvaient être réduits au minimum (Samuels and Spraos, 2008 ; Westerbarkey, 2009 ; Olupot-Olupot et al., 2008 ; Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2007b).

Une politique axée sur les médicaments antirétroviraux dans les contextes d'urgence ainsi que des directives cliniques sur la thérapie antirétrovirale à l'intention des populations déplacées ont été élaborées (Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2007a, 2007b).

Le Zimbabwe en est un exemple, où, du fait de 'l'Opération Murambatsvina', le nombre des malades chroniques assistés a considérablement chuté. Des programmes de prise en charge à domicile ont été élaborés, grâce auxquels des volontaires communautaires ont été formés pour fournir aux personnes vivant avec le VIH des soins infirmiers et des soins palliatifs de base, ainsi que pour donner des conseils sur les besoins nutritionnels qui sont essentiels pour un traitement efficace contre le VIH. Les organisations confessionnelles ont joué un rôle crucial dans ces activités, notamment en assurant la continuité des services VIH, car ils ont pu avoir accès aux dossiers dans un environnement hautement politisé.

#### *Inclusion*

De nombreux groupes couverts par le terme 'mobilité de la population' sont marginalisés au sein des sociétés dans lesquels ils vivent. Leurs préoccupations sont souvent ignorées, en particulier lorsque leur présence nous rappelle le fossé social, les conflits ou autres inégalités économiques et sociales. En particulier dans un climat de ressources financières limitées et en diminution, la tendance peut être de se replier sur la protection du bien-être des ressortissants locaux et de faire des nouveaux venus ou des étrangers des boucs émissaires ('nous' plutôt 'qu'eux').

Il existe toutefois des exemples de programmes novateurs et créatifs qui favorisent l'inclusion, réduisent la vulnérabilité sociale et programmatique et fournissent un accès à la prévention, au traitement et à la prise en charge efficaces du VIH à diverses phases du processus de mobilité.

Comment les programmes couronnés de succès intègrent-ils et engagent-ils les populations qui sont en mouvement ou sur le chemin du retour sans les marquer ou accroître encore la stigmatisation à leur égard ? Quelles sont les préoccupations des gouvernements, des employeurs du secteur privé, des groupes confessionnels et autres organisations communautaires au sujet de l'inclusion des populations en mouvement, et comment ces problèmes peuvent-ils être surmontés ? Comment le VIH devrait-il être relié à d'autres questions sociales et sanitaires sans perdre de son impact et de son efficacité du point de vue des coûts.

#### *Tendre la main*

Le dialogue et la coopération à travers les groupes, secteurs et frontières nationales sont essentiels pour relever les défis qui vont de l'exclusion sociale à 'l'exode des cerveaux' des personnels de santé, et de la continuité du traitement contre le sida à la réduction de la migration irrégulière. La coopération entre les pays d'envoi et d'accueil, mais également – étant donné que les programmes nationaux sont plus susceptibles de traiter avec des individus qui sont citoyens du

pays en question – diasporas, institutions internationales, organisations non gouvernementales et secteur privé, est également essentielle. Les communautés dans les pays de destination peuvent tendre la main aux migrants, réfugiés et personnes déplacées, et tenir leurs dirigeants responsables de leur fournir l'appui requis.

Plusieurs déclarations, accords et protocoles ont été rédigés, et on a des exemples de collaboration réussie entre les régions et à travers les frontières. En outre, le domaine du sida a créé une gamme notable d'alliances entre des personnes ayant des points de vue très différents et qui travaillent ensemble de manière efficace en direction d'un objectif commun. Quels sont les enseignements qui peuvent être tirés de chacune d'entre elles, et appliqués au domaine du VIH et de la mobilité de la population ?

### *Communication et plaidoyer*

Les populations en mouvement, et leurs communautés d'origine/de retour et de destination, sont cruellement laissées dans l'ignorance, ou mal informées, au sujet de leurs diverses réalités et de leurs droits humains universels. Un plaidoyer efficace est nécessaire si les populations déplacées, migrantes et mobiles doivent pouvoir être incluses dans les politiques et programmes de lutte contre le sida aux niveaux national, régional et international de manière à respecter leur dignité et leurs droits humains. Les migrants sans papiers et les migrants sous la contrainte, notamment les victimes de la traite, peuvent avoir les besoins les plus importants et cependant être confrontés aux plus grands obstacles à l'accès universel.

Un éventail de partenaires ont efficacement plaidé en faveur des droits et des besoins liés au VIH des populations en mouvement. Quels enseignements peuvent-ils en être tirés afin d'orienter les autres partenaires qui pourraient mener un plaidoyer ? Parlent-ils aux bonnes personnes ? Spécifiquement, quels sont les rôles que peuvent et doivent jouer l'ONUSIDA, les gouvernements, les employeurs et la société civile, notamment les communautés ou groupes affectés ? Comment peuvent-ils le mieux s'entraider ? A quels dangers particuliers doit-on s'attendre du fait de l'actuelle crise économique mondiale ? Des efforts de plaidoyer spéciaux, fondés sur des preuves, sont-ils nécessaires pour gérer les répercussions de la crise sur les populations en mouvement et leurs communautés ?

## Annexe 1

Quelques définitions clés.

**Migration** : processus consistant à déplacer, soit à travers une frontière internationale, soit au sein d'un Etat, englobant tous les types de mouvements de population, quelles que soient leur durée, leur composition et leur cause ; il comprend la migration des réfugiés, des personnes déplacées, des populations déracinées et les migrants économiques.<sup>8</sup>

**Migration forcée** : terme généralement utilisé pour décrire un mouvement migratoire dans lequel existe un élément de contrainte, notamment menaces pour la vie et les moyens de subsistance, qu'il découle de causes naturelles ou provoquées par l'homme (par ex. mouvement des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, ainsi que personnes déplacées du fait de catastrophes naturelles ou environnementales, d'accidents chimiques ou nucléaires, de famine, ou de projets de développement).<sup>9</sup>

**Populations mobiles** : personnes qui se déplacent d'un lieu à un autre de manière temporaire, saisonnière ou permanente pour un certain nombre de raisons volontaires et/ou involontaires.<sup>10</sup>

**Migrant économique** : une personne quittant son lieu de résidence habituel pour s'installer hors de son pays d'origine afin d'améliorer ses conditions d'existence ; ce terme s'applique également aux personnes qui s'installent hors de leur pays d'origine pour la durée d'une saison agricole, appelés alors comme il convient 'travailleurs saisonniers'.<sup>11</sup>

**Travailleur migrant** : une personne qui va exercer, exerce ou a exercé une activité rémunérée dans un Etat dont elle n'est pas ressortissante.<sup>12</sup>

**Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays** : personnes ou groupes de personnes qui ont été forcés ou contraints de quitter leur foyer ou leur lieu de résidence habituel, notamment en raison d'un conflit armé, de situations de violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme ou pour en éviter les effets, et qui n'ont pas franchi les frontières internationalement reconnues d'un Etat.<sup>13</sup>

**Migrant en situation irrégulière** : une personne qui, du fait qu'elle soit entrée illégalement sur le territoire d'un Etat, ou qu'elle s'y soit maintenue au-delà de la durée de validité de son titre de séjour, n'a pas de statut juridique dans le pays de transit ou le pays hôte. Le terme s'applique aux migrants qui contreviennent à la réglementation du pays et à toute autre personne non autorisée à rester dans le pays hôte (également appelée migrant clandestin/illégal/sans papiers).<sup>14</sup>

**Migrant sans papiers** : citoyens étrangers présents sur le territoire d'un Etat, en violation des règlements sur l'entrée et la résidence, ayant traversé la frontière de manière illicite ou à un point d'entrée non autorisé, ceux dont le statut relatif à l'immigration/la migration n'est pas régulier, et peuvent également comprendre ceux qui sont restés au-delà de la date d'expiration de leur visa ou

---

<sup>8</sup> Organisation internationale pour les Migrations. *Droit international de la migration : Glossaire de la migration*. Genève, Organisation internationale pour les Migrations, 2007, p. 47.

<sup>9</sup> Organisation internationale pour les Migrations. *Droit international de la migration : Glossaire de la migration*. Genève, Organisation internationale pour les Migrations, 2007, p. 49.

<sup>10</sup> Organisation internationale pour les Migrations/ONUSIDA. *Mobilité de la population et sida : Actualisation*. Genève, ONUSIDA, 2001.

<sup>11</sup> Organisation internationale pour les Migrations. *Droit international de la migration : Glossaire de la migration*. Genève, Organisation internationale pour les Migrations, 2007, p. 21.

<sup>12</sup> Nations Unies. *Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille*. Résolution de l'Assemblée générale 45/158, 18 décembre 1990. Disponible sur : [http://www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/m\\_mwctoc\\_fr.htm](http://www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/m_mwctoc_fr.htm)

<sup>13</sup> Nations Unies. *Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays*. Doc ONU E/CN.4/1998/53/Add.2. New York, Nations Unies, 1998.

<sup>14</sup> Organisation internationale pour les Migrations. *Droit international de la migration : Glossaire de la migration*. Genève, Organisation internationale pour les Migrations, 2007, p. 46.

de leur permis de travail, ceux qui travaillent en violation de certaines ou de l'ensemble des dispositions liées à leur statut d'immigration, et les requérants d'asile ou immigrants déboutés qui n'ont plus le droit de faire appel et n'ont pas quitté le pays.<sup>15</sup>

**Réfugié** : personnes qui sont hors de leur pays d'origine ou de résidence habituelle, et ont une crainte bien fondée d'être persécutées du fait de leur race, religion, nationalité, appartenance à un groupe social ou opinion politique en particulier. Les personnes fuyant les conflits ou la violence généralisée sont aussi généralement considérées comme des réfugiés, bien que parfois en vertu de mécanismes juridiques autres que la Convention des Nations Unies relative au statut des réfugiés de 1951.

**Requérant d'asile** : une personne qui a déclaré qu'elle est réfugiée, et qui attend que sa demande soit acceptée ou rejetée. Le terme ne contient aucune présomption dans un sens ou dans un autre – il décrit simplement le fait que quelqu'un a soumis la demande. Certains requérants d'asile seront jugés comme étant des réfugiés et d'autres non.

**Risque** : probabilité qu'une personne puisse contracter l'infection à VIH. Certains comportements créent, accroissent et perpétuent le risque, par ex. rapports sexuels non protégés avec un partenaire dont le statut VIH est inconnu, partenariats sexuels multiples non protégés, injection de drogues au moyen d'aiguilles et de seringues contaminées.<sup>16</sup>

**Vulnérabilité** : elle résulte de facteurs qui réduisent la capacité des individus et des communautés à éviter le risque de VIH ; il s'agit notamment : (i) des facteurs personnels (manque de connaissances, de compétences) ; (ii) des facteurs relatifs à la qualité et à la couverture des services ; (iii) des facteurs sociétaux, par ex. normes sociales et culturelles, pratiques, croyances et lois qui stigmatisent et/ou privent certaines populations de leur autonomie.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> UWT/Undocumented Worker Transitions. *Undocumented Migration Glossary*. Work Package 5, EU Sixth Framework Programme Contract Number: 044272, préparé par l'Université Roskilde et le Working Lives Research Institute, avec des contributions de tous les partenaires du projet, 2008.

<sup>16</sup> ONUSIDA. Gestion des causes sociétales du risque et de la vulnérabilité par rapport au VIH. *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*. Genève, ONUSIDA, 2008.

<sup>17</sup> Ibid.

## Références

Adrien A et al. (1999). Migration and HIV: an epidemiological study of Montrealers of Haitian origin. *International Journal of STD and AIDS*, 10(4):237–242.

Anarfi J et al. *Voices of Child Migrants. A Better Understanding of How Life Is. Globalisation and Poverty*. Sussex, Sussex Centre for Migration Research, 2005.

Bach S. *International Migration of Health Workers: Labour and Social Issues*. Genève, Organisation internationale du Travail, 2003.

Banque mondiale. *Addressing HIV/AIDS through Environmental Assessment: Task Team Guidance for Projects in Africa*. Washington, DC, Banque mondiale, 2005. Disponible sur : [http://siteresources.worldbank.org/INTAFRREGTOPHIVAIDS/Resources/2\\_Task-Team\\_Guidance\\_Projects\\_Africa\\_Nov05.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTAFRREGTOPHIVAIDS/Resources/2_Task-Team_Guidance_Projects_Africa_Nov05.pdf).

Banque mondiale. *World Bank's Migration and Development Brief 5. Revisions to Remittance Trends 2007*. Washington, DC, Banque mondiale, 2008. Disponible sur : <http://go.worldbank.org/NN93K4Q420>.

Brewer TH et al. (1998). Migration, ethnicity and environment: HIV risk factors for women on the sugar cane plantations of the Dominican Republic. *AIDS*, 12(14):1879–1887.

Bronfman MN et al. (2002). Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action. *AIDS*, 16(Suppl. 3):S42–S49.

Burns F, Fenton KA (2006). Access to HIV care among migrant Africans in Britain. What are the issues? *Psychology, Health and Medicine*, 11(1):117–125.

CARAM Asia. *State of Health of Migrants*, 2007. Disponible sur : [www.caramasia.org/reports/SoH2007/SoH\\_Report\\_2007-online\\_version.pdf](http://www.caramasia.org/reports/SoH2007/SoH_Report_2007-online_version.pdf).

Castilla J et al. (2002). HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain. A comparison with national subjects. *Sexually Transmitted Infections*, 78(4):250–254.

Chinaglia MSA et al. *Reaching Truckers in Brazil with Non-stigmatizing and Effective HIV/STI Services, Horizons Final Report*. Washington, DC, Population Council, 2007.

Coalition mondiale sur les femmes et le sida. *Violence against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections*, 2004.

Coalition mondiale sur les femmes et le sida. *Stop Violence against Women, Fight AIDS*, 2007.

Comité permanent interorganisations. *Directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence*, 2004.

Comité permanent interorganisations. *Guidelines for Gender-based Violence in Humanitarian Settings*, 2005.

Commission on AIDS in Asia. *Redefining AIDS in Asia: Crafting an Effective Response*. Oxford University Press, 2008.

Crush JB et al. *Linking Migration, HIV/AIDS and Urban Food Security in Southern and Eastern Africa*. Southern Africa Migration Project, 2006.

De Blois M, Thow A. *Geographical Analysis of Potential HIV/AIDS Wellness Centre Locations in SADC countries*. North Star Foundation, 2007.

Disney L. *The Weakest Link: a New Approach to Health for Mobile Workers*. North Star Foundation, 2009.

Erwin J et al. (2002). Pathways to HIV testing and care by black African and white patients in London. *Sexually Transmitted Infections*, 78(1):37–39.

Fenton KA et al. (2001). HIV transmission risk among sub-Saharan Africans in London travelling to their countries of origin. *AIDS*, 15(11):1442–1445.

Fonds des Nations Unies pour la Population. *Etat de la population mondiale 2006. Vers l'espoir : les femmes et la migration internationale*. New York, Fonds des Nations Unies pour la Population, 2006.

Ghosh B. *Return Migration: Journey of Hope or Despair?* Genève, Organisation internationale pour les Migrations, 2000.

Green G, Smith R (2004). The psychosocial and health care needs of HIV-positive people in the United Kingdom: a review. *HIV Medicine*, 5(Suppl. 1):5–46.

Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *HIV Behavioural Surveillance Survey, Juba Municipality, Southern Sudan*. Genève, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2007a.

Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, Southern African HIV Clinicians Society, HCR. *Clinical Guidelines on Antiretroviral Therapy Management for Displaced Populations: Southern Africa*. Pretoria, Southern African HIV Clinicians Society, 2007b. Disponible sur : <http://www.unhcr.org/protect/PROTECTION/4683b0522.pdf>

Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *2007 Global Trends: Refugees, Asylum-seekers, Returnees, Internally Displaced and Stateless Persons*. Genève, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2008.

Hirsch JS et al. (2002). The social constructions of sexuality: marital infidelity and sexually transmitted disease-HIV risk in a Mexican migrant community. *American Journal of Public Health*, 92(8):1227–1237.

Lapper R. G20: an Important cushion in a downturn: remittances. *Financial Times*, 2 avril 2009.

Long S, dos Santos Pedro Tinga C. *The Impact of Emergencies on People Living with and Affected by HIV and AIDS: Case Study Mozambique*. Londres, Overseas Development Institute, 2007. Disponible sur : <http://www.odi.org.uk/projects/details.asp?id=578&title=development-conceptual-framework-hivaids-emergencies>.

Lurie M (2006). The epidemiology of migration and HIV/AIDS in South Africa. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 32(4):6492–666.

Mahendra VS et al. *Context and Dynamics of Same Sexual Behaviors of Long Distance Truckers in India: Findings from Qualitative Research*. Population Council, New Delhi, 2006.

Morin SF et al. (2004). Policy perspectives on public health for Mexican migrants in California. *AIDS*, 37(Suppl. 4):S252–S259.

Medical Research Council. *Targeting HIV-prevention Efforts on Truck Drivers and Sex Workers: Implications for a Decline in the Spread of HIV in Southern Africa*. Tygerberg, Afrique du Sud, Medical Research Council, 2001.

Nations Unies. *United Nations' Trends in Total Migrant Stock: the 2005 Revision*. New York, Nations Unies, 2006.

Norwegian Refugee Council. *Internal Displacement. Global Overview of Trends and Developments in 2007*. Disponible sur : [http://www.nrc.no/arch/\\_img/9267337.pdf](http://www.nrc.no/arch/_img/9267337.pdf).

Nyanzi S et al. (2005). Bumsters, big black organs and old white gold: embodied racial myths in sexual relationships of Gambian beach boys. *Culture, Health and Sexuality*, 7(6):557-569.

Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime. *An Overview of HIV Prevention, Treatment and Care for Mobile and Migrant Populations: with a Specific Focus on People Vulnerable to Human Trafficking for the Purposes of Sexual Exploitation*. Vienne, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, 2008.

Olupot-Olupot P (2008). Adherence to antiretroviral therapy among a conflict-affected population in northeastern Uganda: a qualitative study. *AIDS*, 22(14):1882–1884.

ONUSIDA. *Directives pratiques pour l'intensification de la prévention en vue de l'accès universel*. Genève, ONUSIDA, 2007. Disponible sur : [http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1274-practguidelines\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1274-practguidelines_fr.pdf).

ONUSIDA. *Rapport de la Cellule internationale de réflexion sur les restrictions au voyage liées au VIH*. Genève, ONUSIDA, 2008. Disponible sur : [http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2008/20081027\\_itt\\_report\\_travel\\_restrictions\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2008/20081027_itt_report_travel_restrictions_fr.pdf)

ONUSIDA, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *HIV-related Needs in Internally Displaced Persons and Returnees. A Rapid Situation Assessment in Amuru, Gulu and Lira Districts of Uganda*. Genève, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2008.

Organisation internationale du Travail. *Une alliance mondiale contre le travail forcé*. Genève, Bureau international du Travail, 2005.

Organisation internationale du Travail. *Questions sociales et dans le domaine du travail découlant des problèmes de la mobilité transfrontalière des chauffeurs routiers internationaux*. Rapport pour discussion lors de la Réunion tripartite sur les questions sociales et dans le domaine du travail découlant de la mobilité transfrontalière des chauffeurs routiers internationaux. Genève, Bureau international du Travail, 2006.

Organisation internationale pour les Migrations. *Glossaire de la migration*. Genève, Organisation internationale pour les Migrations, 2004.

Organisation internationale pour les Migrations. *MC/INF/275 du Conseil*, 2004.

Organisation internationale pour les Migrations. *World Migration 2008: Managing Labour Mobility in the Evolving Global Economy*. Genève, Organisation internationale pour les Migrations, 2008a.

Organisation internationale pour les Migrations. *Migration and Health: IOM's Programmes and Perspectives towards a Multi-Sectoral Approach*. Genève, Organisation internationale pour les Migrations, 2008b.

Organisation mondiale de la Santé. *Déclaration sur le dépistage de l'infection à VIH parmi les voyageurs internationaux*. WHO/GPA/INF/88.3, 1988.

Organisation mondiale de la Santé (2004). Numéro spécial sur la migration des personnels de santé. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 82(8).

Organisation mondiale de la Santé. *Migrations et personnels de santé*. Aide-mémoire No 301, 2006a.

Organisation mondiale de la Santé. *Treat, Train, Retain: the AIDS and Health Workforce Plan. Report on the Consultation on AIDS and Human Resources for Health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006b.

Organisation mondiale de la Santé. *Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la santé des migrants*. Conseil exécutif, 122 R5, 2008.

Organisation mondiale du Tourisme. *Faits saillants du tourisme, Edition 2008*. Madrid, Organisation mondiale du Tourisme, 2008. Disponible sur : [http://unwto.org/facts/eng/pdf/highlights/UNWTO\\_Highlights08\\_fr\\_LR.pdf](http://unwto.org/facts/eng/pdf/highlights/UNWTO_Highlights08_fr_LR.pdf).

Padilla M. *Caribbean Pleasure Industry: Tourism, Sexuality, and AIDS in the Dominican Republic*. Chicago et Londres, University of Chicago Press, 2007.

Population Council. *Migration/Mobility and Vulnerability to HIV among Male Migrant Workers: Andhra Pradesh*. New Delhi, Population Council, 2008.

Programme des Nations Unies pour le Développement. *HIV Vulnerabilities Faced by Women Migrants: from Asia to the Arab States. From Silence, Stigma and Shame to Safe Mobility with Dignity, Equity and Justice*. Colombo, United Nations Development Programme Regional Centre, 2009. Disponible sur : [http://www2.undprcc.lk/resource\\_centre/pub\\_pdfs/P1097.pdf](http://www2.undprcc.lk/resource_centre/pub_pdfs/P1097.pdf).

Prost A. *A Review of Research among Black African Communities Affected by HIV in the UK and Europe*. Glasgow, Medical Research Council, 2005.

Proudlock K, Ruwanpura E. *HIV and AIDS in Emergencies: a Sri Lanka Case Study*. London, Overseas Development Institute, 2008. Disponible sur : <http://www.odi.org.uk/projects/details.asp?id=578&title=development-conceptual-framework-hiv-aids-emergencies>.

Richens L (2006). Sexually transmitted infections and HIV among travellers: a review. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 4(3-4):184-195.

Rogerson C. *Medical Recruits: the Temptation of South African Health Care Professionals*. Southern Africa Migration Project, 2007.

Rowley EA et al. (2008). Differences in HIV-related behaviors at Lugufu refugee camp and surrounding host villages, Tanzania. *Conflict and Health*, 2:13.

Samuels F. *HIV and Emergencies: One Size does not Fit all: Context is Critical for Tailored Responses*. ODI Briefing Paper, No. 50, mars, 2009.

Samuels F, Spraos H. *HIV and Emergencies: Haiti Country Case Study*. London, Overseas Development Institute, 2008. Disponible sur : <http://www.odi.org.uk/projects/details.asp?id=578&title=development-conceptual-framework-hiv-aids-emergencies>.

Samuels F et al. *HIV and Emergencies: Synthesis Report*. London, Overseas Development Institute, 2008. Disponible sur :

<http://www.odi.org.uk/projects/details.asp?id=578&title=development-conceptual-framework-hivaids-emergencies>.

Sanchez MA et al. (2004). The epidemiology of HIV among Mexican migrants and recent immigrants in California and Mexico. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(Suppl. 4):S204–S214.

Sherr L et al. (2008). A systematic review on the meaning of the concept 'AIDS orphan': confusion over definitions and implications for care. *AIDS Care*, 20(5):527–536.

Spiegel P et al. Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. *Lancet*, 369(9580):2187–2195.

Spraos H, Kom A. *HIV and Emergencies: Central African Republic Country Case Study*. London, Overseas Development Institute, 2008. Disponible sur : <http://www.odi.org.uk/projects/details.asp?id=578&title=development-conceptual-framework-hivaids-emergencies>.

Srithanaviboonchai K et al. (2002). HIV-1 in ethnic Shan migrant workers in northern Thailand. *AIDS*, 16(6):929–931.

Stover J, Bollinger L. *The Economic Impact of AIDS*. Futures Group International in collaboration with the Research Triangle Institute and the Centre for Development and Population Activities, 1999.

Stratford D et al. (2000). Highway cowboys, old hands, and Christian truckers: risk behavior for human immunodeficiency virus infection among long-haul truckers in Florida. *Social Science and Medicine*, 50(5):737–749.

Thomas M (2005). 'What happens in Tenerife stays in Tenerife': understanding women's sexual behavior on holiday. *Culture, Health and Sexuality*, 7(6):571–584.

Ward BJ, Plourde P (2006). Travel and sexually transmitted infections. *Journal of Travel Medicine*, 13(5):300–317.

Westerbarkey V. *Management of a HIV Clinic during Conflict: How to Provide Continuity and Quality? Following an Ethical Mind: MSF HIV Clinic in Epworth, Harare, Zimbabwe*. 2009. Présentation PowerPoint disponible sur : <http://www.aidsnet.dk/Default.aspx?ID=18317>.

Women's Commission, United Nations Population Fund. *We Want Birth Control: Reproductive Health Findings in Northern Uganda*, 2007. Disponible sur : <http://www.rhrc.org/pdf/RH%20Uganda%20FINAL%20FULL.pdf>.