

*D<sup>r</sup> Mary Haour-Knipe, Coordinatrice VIH/Sida, Organisation internationale des migrations, Genève, et Institut de médecine préventive et sociale, Université de Lausanne, Suisse*

En matière de migrations, rien de nouveau: des continents entiers sont peuplés par les descendants de migrants – qui de nos jours sont devenus plus nombreux que les descendants des habitants originaux. Les grandes religions sont fondées sur des paraboles ayant trait à la migration, qui font entre autres allusion à des expulsions ou à des fuites, au nomadisme, puis à une installation définitive. Cependant, les proportions du phénomène des migrations sont de nos jours en augmentation: si l'on recensait quelque 75 millions de migrants internationaux en 1965, on prévoit qu'en l'an 2000, 150 millions de personnes auront fait un séjour prolongé dans un pays qui n'est pas le leur. Plus de la moitié de ces migrants vivent dans des pays en voie de développement.

Plusieurs raisons sont à l'origine de cette augmentation des mouvements de populations: les moyens de transports sont devenus plus rapides et bon marché; des frontières jusque-là hermétiques s'ouvrent, notamment dans l'Europe de l'Est, dans la Communauté des Etats indépendants, en Afrique du Sud et en Asie du Sud-Est; enfin, l'intensification du commerce international encourage les personnes à se déplacer pour chercher un emploi. Dans le même temps, des déséquilibres économiques entre pays riches et pays pauvres incitent les gens à quitter leur pays à la recherche d'une existence meilleure – ou tout simplement d'une possibilité de survie.

Il y a parmi les populations mobiles des gens en déplacement pour des raisons professionnelles ainsi que des personnes à mobilité saisonnière (travaillant dans l'agriculture, par exemple). Mais on compte également parmi ces migrants des personnes fuyant les guerres et les changements climatiques (les réfugiés). Parmi ces derniers, nombreux sont ceux qui sont déplacés à l'intérieur de leur propre pays. Techniquement parlant, cependant, il ne s'agit de migration que lorsqu'il y a passage de frontières.

Il est plus adéquat de décrire la migration comme un processus que comme une activité fixe. La migration est caractérisée par les éléments suivants:

- Origine – comprend l'endroit d'où viennent les migrants (et où ils sont susceptibles de retourner), les raisons pour lesquelles ils quittent cet endroit, les relations entretenues par les migrants avec leur foyer pendant leur absence.

- Transit – comprend les endroits traversés par les migrants pendant leur déplacement, leur mode de déplacement ainsi que leur mode de survie économique pendant leur déplacement.
- Destination – comprend l'endroit où les migrants ont l'intention de se rendre, l'endroit où ils se retrouvent effectivement à la fin de leur périple, et aussi la manière dont ils y sont accueillis et les conditions de vie et de travail sur leur nouveau lieu de résidence.

Beaucoup de migrations ont un caractère saisonnier ou cyclique: les personnes migrantes retournent chez elles, parfois même fréquemment.

Les pays d'accueil classifient les migrants selon leur statut légal. Les migrants légaux, les migrants temporaires, les visiteurs de courte durée, les sans-papiers, les demandeurs d'asile, les réfugiés politiques, les étudiants et les travailleurs migrants ont tous différents droits fondamentaux dans le pays où ils ont émigré. Ils possèdent entre autres des droits différents quant à l'accès au système de santé<sup>1</sup>.

## Les migrations en Europe

Au cours des générations passées, les mouvements migratoires en Europe ont reflété les séquelles des guerres et de la colonisation, amenant par exemple des personnes du sous-continent indien vers le Royaume-Uni, d'Algérie vers la France, du Surinam vers les Pays-Bas, de l'ex-Congo vers la Belgique et du Brésil vers le Portugal.

La période de croissance économique qui suivit la deuxième guerre mondiale en Europe fut à l'origine de grandes vagues migratoires. La plupart des travailleurs migrants provenaient d'autres pays européens et se déplaçaient en général du sud vers le nord selon des schémas qui se sont modifiés au fur et à mesure de l'industrialisation des pays d'Europe du Sud. Les travailleurs migrants en Suisse vinrent par exemple d'abord d'Italie et d'Espagne, puis du Portugal, et enfin de l'ex-Yougoslavie et de Turquie.

Les migrations de travail ont pratiquement cessé au milieu des années 70 pour être remplacées par des mouvements de rapprochement familial. Les immigrants vivant dans les pays d'Europe du Nord se sont tournés vers le secteur des services ou secteur tertiaire, et de plus en plus de migrants se sont mis à leur compte. La proportion de femmes a augmenté parmi les migrants employés. En même temps, on a assisté à une augmentation de l'immigration

# VIH/Sida en Europe



de main-d'œuvre qualifiée, qui reste d'ailleurs très élevée.

Les demandeurs d'asile représentent un autre courant des mouvements de population vers l'Europe. Le nombre de demandeurs d'asile a augmenté rapidement à la fin des années 80, atteignant son maximum en 1992, au moment du déclenchement de la crise bosniaque, baissant ensuite progressivement. Certains experts ont expliqué la hausse du nombre de demandes d'asile par le renforcement des restrictions en matière de migration de travail. En raison de l'augmentation des demandes d'asile, des retards administratifs se sont accumulés et les mécanismes censés traiter ces demandes ont été surchargés: certains cas sont restés en instance pendant de longues périodes, durant lesquelles les demandeurs d'asile pouvaient rester dans le pays et souvent travailler ou bénéficier d'aides sociales<sup>2</sup>. Des mesures destinées à simplifier le processus ont été mises en place ultérieurement, de même que des mesures dissuasives telles que la réduction, voire la suppression des aides sociales souvent liées à une demande d'asile. Selon un argument récent, ces restrictions et ces contrôles ont en réalité fait augmenter les migrations clandestines de manière considérable: l'imposition de restrictions en matière de visas pour tous

les pays générant des réfugiés signifie que l'option d'une migration légale n'existe pas pour la vaste majorité de ceux qui désirent tenter une demande d'asile dans l'Union européenne. Finalement, ils sont obligés de recourir à des formes de plus en plus clandestines d'entrée sur le territoire, ce qui les met à la merci des trafiquants et des contrebandiers<sup>3</sup>. Les 58 Chinois retrouvés morts dans un camion au début de l'été alors qu'ils tentaient de s'introduire au Royaume-Uni constituent un exemple dramatique des risques qui peuvent être liés à ce genre de tentatives.

Nous ne pouvons que mentionner en passant deux autres observations concernant les mouvements de population en Europe de nos jours, et ayant rapport avec le VIH/Sida. D'abord, l'ouverture des pays d'Europe de l'Est à la suite des changements politiques intervenus en 1989 a abouti à une explosion de l'épidémie en Ukraine et dans la Fédération russe. Deuxièmement, la guerre des Balkans a été le théâtre d'énormes mouvements de population, parmi lesquels on trouvait des réfugiés et des forces de maintien de la paix, entre des zones de prévalence différente du VIH. Certaines de ces personnes vivant dans des conditions précaires, il semble justifié de prédire que ce phénomène aura des conséquences quant à l'épidémie du VIH.

### Les facteurs de risque VIH liés aux migrations

Certains des facteurs de risque liés à la migration peuvent être déduits de ce qui précède, par exemple les mouvements partant de régions où le VIH est relativement inconnu vers des destinations où les risques de contracter le VIH seront plus élevés. Il est néanmoins important de souligner, il faut le dire dès le départ, que le fait d'être migrant ne constitue pas en soi un facteur de risque pour le VIH. Ce sont les situations dans lesquelles on se retrouve, ainsi que les activités menées pendant le processus de migration, qui constituent les facteurs de risque.

Ces mêmes facteurs qui poussent les migrants à quitter leur foyer sont susceptibles d'influencer les risques qui les accompagneront au long de leur périple. Sur le plan individuel, ces facteurs recouvrent par exemple le sens de l'aventure ou la propension à prendre des risques. Les principaux facteurs de risque sont cependant de nature sociale: ce sont la pauvreté, le manque de pouvoir et l'instabilité sociale.

Pendant la phase de transit, et surtout lorsqu'ils sont aux mains des passeurs, les migrants sont souvent exploités. Ceux qui tentent d'échapper à des conditions de pauvreté extrême peuvent être obligés de vendre ou d'échanger des services sexuels non protégés pour obtenir des marchandises, des services ou de l'argent liquide afin de pouvoir continuer leur voyage ou tout simplement de survivre.

On commence seulement à identifier les risques du VIH liés aux guerres. Parmi les thèmes à aborder, on note le rôle éventuel des forces de maintien de la paix dans l'introduction du VIH parmi les populations civiles, le viol utilisé comme arme de guerre, les milices d'enfants, les personnes déplacées et la destruction d'infrastructures vitales telles que les services médicaux, sociaux et éducatifs qui ne font qu'accroître la vulnérabilité des personnes au VIH. Le profond sentiment d'impuissance ressenti par les personnes déplacées peut également augmenter la vulnérabilité au VIH.

Une fois que les migrants sont arrivés à destination, les facteurs de risque sont, entre autres, la séparation des partenaires sexuels habituels, la solitude et l'anonymat, qui sont susceptibles d'influencer les comportements. Certaines personnes adoptent alors des comportements à risques en raison de la pression exercée par ceux qui sont dans le même cas ou du besoin d'appartenance à un groupe ou à une com-

munauté. Les personnes originaires d'un cadre de vie différent sont confrontées à des règles et à des styles de vies nouveaux, et la nécessité de définir de nouvelles règles et de nouveaux styles de vie en désoriente quelques-uns. Souvent, des divergences apparaissent entre les attentes des migrants et ce qu'ils perçoivent comme les normes de leur nouveau pays<sup>4</sup>. De plus, les personnes séparées de leur famille et de la communauté où on les connaît sont susceptibles d'adopter des comportements qu'elles n'auraient pas chez elles. De manière plus générale, de nombreux migrants ont des soucis beaucoup plus pressants (par exemple des problèmes de légalité, de logement et d'emploi) que la menace constituée par le sida, qui leur semble très éloignée.

Les conditions de vie et des loisirs pour travailleurs migrants qui vivent dans des baraques sont susceptibles de donner lieu à d'autres situations à risques: rapports sexuels entre hommes ou avec les activités de commerce sexuel qui s'installent souvent autour de foyers habités uniquement par des hommes. Dans certains pays, dans des camps de travailleurs, une poignée de femmes s'occupent de plusieurs centaines d'hommes, ayant des rapports sexuels avec jusqu'à 20 ou 30 travailleurs pendant le week-end suivant la paye. Ce schéma d'activité sexuelle dans les camps de travailleurs augmente la probabilité d'une infection par le VIH, indépendamment du nombre de partenaires sexuels de chaque travailleur<sup>5</sup>.

Les femmes migrantes sont particulièrement vulnérables aux abus, aux violences, à la contrebande et aux inégalités. Les possibilités d'emploi sont souvent plus limitées pour les femmes migrantes, qui sont souvent considérées comme une main-d'œuvre docile et bon marché et sont obligées de s'en tenir au secteur économique parallèle où elles travaillent dans de mauvaises conditions et sont la cible de discrimination, sans qu'elles puissent faire valoir leurs droits.

Les travailleuses sexuelles migrantes sont particulièrement vulnérables en raison des facteurs suivants: dépendance des souteneurs et d'autres acteurs de l'industrie du sexe; exploitation par une rémunération trop basse et des conditions de travail à risques et hors protection sociale; isolation en raison de différences culturelles, linguistiques, sociales et légales; manque d'accès aux services médicaux et aux informations concernant leurs droits, en partie parce qu'elles se méfient de toute forme d'autorité et

en partie parce que les services médicaux ne sont pas préparés à les accueillir<sup>6</sup>.

Dans les pays d'accueil, aussi bien les femmes que les hommes migrants vivent et travaillent en général dans des conditions moins favorables que celles des autochtones et occupent donc des positions de vulnérabilité relative. Ceci est particulièrement vrai pour les réfugiés, les personnes déplacées et les sans-papiers. Ce dernier groupe représente en fait le groupe le plus exposé de toutes les catégories de migrants en matière d'infection VIH. Les personnes sans statut légal dans le pays peuvent être forcées par les circonstances à travailler pour des salaires de misère. Là où ils vivent, ces migrants ne possèdent pratiquement aucun droit, ils n'ont par exemple accès ni aux services sociaux ni aux services médicaux ou à la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/Sida.

Enfin, si et lorsque les anciens migrants rentrent dans leur pays d'origine, ils peuvent trouver un système de soins et de soutien inadéquat. Soit les soins et les soutiens manquent dans les pays pauvres qui sont souvent les leurs, soit les anciens migrants y ont un accès limité. Les migrants rentrés dans leur pays font parfois l'objet d'attitudes stigmatisantes de la part de leur communauté d'origine; certains sentent qu'ils ne peuvent révéler leur état de santé à personne, limitant ainsi d'eux-mêmes leur accès aux soins.

### **Les programmes de prévention du VIH/Sida pour les migrants en Europe**

En Europe, les premiers grands programmes de prévention du VIH/Sida à l'intention des migrants ou des minorités ethniques furent lancés en 1988 et 1989<sup>7</sup>. Le premier programme, qui a débuté en Belgique francophone, s'occupait de la prévention du sida parmi les résidents bruxellois originaires de l'ex-colonie du Zaïre, où l'épidémie était déjà bien établie. Des programmes de prévention du sida furent lancés peu de temps après aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, où il existait déjà d'autres programmes de santé à l'intention des minorités ethniques d'implantation ancienne originaires des anciennes colonies. Ces programmes ont, au moins en partie, vu le jour grâce à la pression exercée soit par les groupes migrants eux-mêmes, soit par des personnes en contact avec eux dans le cadre de leur travail. Bien avant que ce ne soit le cas dans d'autres pays, les minorités ethniques au Royaume-Uni, en

particulier, ont réclamé des informations épidémiologiques sur leur propre communauté.

Dans les années qui suivirent, des programmes de grande envergure pour la prévention du VIH/Sida ont été mis en place à l'intention des migrants dans la plupart des autres pays d'Europe du Nord, dont la Suisse. Les pays du sud de l'Europe, qui jusqu'alors avaient plutôt été des pays d'émigration plus que d'immigration, n'organisèrent leurs propres programmes de prévention du VIH/Sida à l'intention des migrants que quelques années plus tard. Ces programmes sont à présent implantés en Italie, en Espagne, au Portugal et en Grèce. Dans les pays d'Europe de l'Est, de manière générale, ce genre d'activités n'a pas encore été mis en place.

A part peut-être en Belgique, où l'on savait déjà qu'un groupe particulier était frappé plus que les autres, les groupes cibles ont le plus souvent été choisis en raison de leur importance numérique ou de leur éloignement culturel. C'est également le cas par exemple en Suisse, où les activités de prévention à l'intention des migrants ont d'abord été lancées à l'intention de deux des plus grandes communautés immigrées, à savoir les Portugais et les Espagnols. A l'origine, les Turcs constituaient l'autre groupe cible de migrants en Suisse. Cette population avait peu été l'objet de programmes de prévention du sida dans son pays d'origine, et l'on pensait qu'elle était moins atteinte par les activités de prévention du sida auprès de la population générale en Suisse.

Outre les programmes nationaux, il y a eu à des niveaux régionaux en Europe de nombreux programmes de prévention à l'intention des minorités ethniques, parfois financés par les gouvernements locaux, parfois par des ONG. Certains programmes d'ONG étaient de très large envergure, tandis que d'autres consistaient seulement en deux ou trois personnes très motivées travaillant chez elles ou dans un sous-sol d'église. Certains des programmes s'éteignirent assez rapidement, d'autres en revanche non seulement durèrent de nombreuses années mais fondèrent de solides infrastructures.

En Europe, on a également assisté depuis le début des années 90 à une mobilisation des migrants concernés par le VIH. Plusieurs groupes de migrants ont fondé des groupes de soutien dans leur pays d'accueil et ont rapidement lancé leurs propres activités de prévention du sida, par exemple la «AIDA Koordinierungs- und Anlaufstelle für MigrantInnen»



à Berlin<sup>8</sup>, ou encore la «African Foundation for AIDS Prevention and Counselling» fondée aux Pays-Bas et «IKAMBERE», un espace protégé et une série d'activités génératrices de revenus à l'intention de femmes africaines concernées par le sida à Paris.

#### Les réseaux

Un certain nombre de réseaux relient ces activités les unes aux autres à travers toute l'Europe. Le projet «AIDS and Mobility», financé par l'Union européenne, a été lancé en 1990. A ses débuts, «AIDS and Mobility» créait des projets pilotes pour les migrants et les minorités ethniques. A présent, il sert de centre de coordination entre 14 points focaux nationaux; il publie des études de cas et des documents d'information générale<sup>9</sup>; il organise des conférences, des séminaires et des rencontres de personnes travaillant dans ce domaine; enfin, il sert de service de documentation, de plus en plus par le truchement d'Internet<sup>10</sup>.

Il existe d'autres réseaux européens pour les migrants ou les minorités ethniques originaires de régions données, comme pour les migrants de Turquie ou de plusieurs pays africains ainsi que pour des sous-groupes spécifiques comme les travailleurs sexuels itinérants (TAMPEP<sup>11</sup>, projet Um-

brella<sup>12</sup>). Il y a un autre réseau appelé «Migrants against AIDS/HIV» qui lutte pour les droits des migrants à l'accès au système de santé et contre la discrimination et les expulsions de personnes séropositives vers des pays où elles ne pourront bénéficier de traitements antirétroviraux<sup>13</sup>.

Les activités des groupes de migrants européens ont une portée de plus en plus intercontinentale, dans la mesure où elles entretiennent ou établissent des liens avec les pays d'origine. Le projet NAZ, par exemple, qui est basé au Royaume-Uni, se concentrait à l'origine sur les populations asiatiques en Europe, mais à présent, la NAZ Foundation organise des activités de prévention du VIH/Sida en Asie du Sud<sup>14</sup>. Le GRDR en est un autre exemple: pour ce projet, des vidéos sur le VIH/Sida sont produites. Celles-ci sont échangées et font l'objet de discussions entre Paris et le Mali<sup>15</sup>.

#### La conception et la réalisation de programmes de prévention du VIH pour et avec les migrants

Le premier défi rencontré par les programmes de prévention du VIH/Sida à l'intention des communautés migrantes fut celui d'éviter toute stigmatisation. Les populations migrantes sont souvent l'objet de



préjugés dans les pays où elles vivent, et la peur d'établir un lien entre ces groupes potentiellement stigmatisés et une maladie qui l'était elle-même a retardé les activités de prévention du VIH/Sida parmi les populations migrantes dans plusieurs pays. Aux Etats-Unis, par exemple, les premières activités de prévention du sida en direction des minorités ethniques ont été accusées de racisme, voire pire<sup>16</sup>. «Pourquoi le sida?» et «Pourquoi nous?» ont demandé les minorités ethniques, et ceux qui proposaient des programmes d'échanges de seringues pour des minorités se sont vus ainsi accusés de promouvoir l'usage des drogues tout simplement afin d'exterminer les minorités. Une des manières de désamorcer le risques potentiel d'être perçu comme discriminatoire était de fonder les programmes sur le droit à l'information. Plutôt que de défendre le bien-fondé du programme sur la base de données sur la prévalence du VIH, du sida ou sur les comportements à risques au sein d'une communauté donnée, le programme mis en place en Suisse par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), par exemple, faisait partie des activités générales de prévention du sida en Suisse, aspect sur lequel on a particulièrement insisté auprès des communautés cibles. Ainsi, les populations cibles n'ont pas eu le sentiment d'être épinglées comme ayant spécialement besoin de mesures de prévention quant au VIH/Sida. Elles étaient simplement traitées de la même manière que les autres habitants. Aux Etats-Unis, les problèmes de stigmatisation ont fini par être résolus par un travail au sein des communautés. Des programmes d'échanges de seringues et de conseils ont été mis en place au sein des communautés présentant un taux élevé de comportements à risques, mais il ne fut fait aucune mention de l'origine ethnique spécifique des individus concernés par ces comportements. Cette insistance sur les comportements à risques plutôt que sur les groupes ethniques s'est par la suite avérée hautement efficace<sup>17</sup>.

Il y a deux règles fondamentales pour la conception et la réalisation de programmes de prévention du VIH/Sida auprès de populations migrantes. La première règle est que la prévention et le traitement du VIH doit être adapté linguistiquement et culturellement. Des personnes originaires d'une culture plus conservatrice, par exemple, risquent fort d'être choquées par des documents de prévention du VIH/Sida rédigés pour des gens issus de cultures moins

conservatrices. Au sein des systèmes de santé, les personnes qui ne connaissent pas les coutumes ou ne maîtrisent pas bien la langue risquent fort de ne pas demander les explications dont elles ont besoin, par peur de paraître inadéquates.

La deuxième règle de base est qu'il faut intégrer les communautés de migrants à chaque étape des programmes, en partant de la planification initiale. Les évaluations du «Projet Migrants» réalisé en Suisse ont montré que les activités de prévention du sida étaient mieux acceptées lorsqu'elles étaient coordonnées par quelqu'un de la même culture, et pas seulement par quelqu'un ayant une langue comparable<sup>18</sup>, mais cette règle va encore au-delà. Elle signifie également qu'il est nécessaire de travailler avec les consulats et les ambassades, les organisations professionnelles, les associations culturelles et sportives, les écoles, les églises, les syndicats, les employeurs, les professionnels et para-professionnels de la santé, et en particulier de travailler avec les leaders de communauté, officiels ou officieux. Cela passe également par l'utilisation et le développement des structures et des moyens de communication existants. Cela signifie en particulier qu'il faut encourager, faciliter et guider les programmes de promotion de la santé émanant des communautés elles-mêmes.

Bien entendu, il existe d'autres règles de base en matière de prévention du VIH/Sida parmi la population migrante. L'une d'entre elles consiste à se rappeler que les situations de vie des différents migrants peuvent être radicalement différentes: il serait simpliste de mettre tous les migrants «dans le même sac». Il faut par exemple tenir compte des facteurs suivants: cause de la migration (p. ex. fuite à cause d'une guerre, espoir d'un bien-être économique meilleur); sexe, âge, statut familial et situation dans le cycle de vie (par exemple femme jeune et célibataire, homme d'âge moyen quittant temporairement sa famille); statut socio-économique et niveau d'instruction; importance des différences culturelles entre le migrant et la population d'accueil (et donc source éventuelle de malentendus); ancienneté de l'arrivée du migrant dans le pays d'accueil; contexte du pays d'accueil (c'est-à-dire s'il existe déjà sur place une communauté de la même culture ou non, situation économique, degré du racisme et de la xénophobie dont le migrant est susceptible d'être l'objet). Il faut également rappeler que certains

groupes de migrants peuvent se trouver en situation de conflit entre eux.

Autre règle fondamentale, il faut prendre en considération la concurrence entre les différents besoins, priorités et préoccupations des minorités. Il est possible que la santé ne figure pas en tête de la liste des priorités, et, pour pouvoir être acceptée, une intervention devra peut-être élargir son champ d'action (p. ex. en s'occupant en priorité des problèmes légaux ou des problèmes des enfants).

Encore une autre règle, c'est de s'attaquer activement au stigma, à la discrimination et au racisme dont souffrent certains migrants à l'intérieur de leur propre communauté (par exemple en ce qui concerne les peurs et les préjugés à l'égard des personnes atteintes du sida) et dans le pays d'accueil (par exemple à l'égard des étrangers en général, voire «des étrangers qui nous amènent le sida»). Cette approche doit être réalisée par l'information du public, le suivi, la documentation des cas de discrimination et aussi des moyens légaux. Il est également indispensable d'être extrêmement prudent quant à la publication des informations et de respecter scrupuleusement la confidentialité liée aux tests de dépistage du VIH et au traitement.

Il est important pour les programmes de prévention du sida de s'occuper de la migration du retour et des relations que les migrants entretiennent avec leur pays d'origine. Cela comprend le risque de ramener ou d'amener le VIH à l'occasion de voyages de visite dans des pays à plus haute ou plus basse prévalence. Cela comprend également la prise en compte des besoins des migrants malades désireux de rentrer chez eux.

Cependant, il y a encore des populations pour lesquelles il n'existe pas encore du tout assez de programmes ni de services. Ces populations se situent souvent parmi les plus marginaux d'entre les marginaux. En Europe, ce sont par exemple les migrants sans statut légal dans le pays; les étrangers incarcérés; les migrants ou les minorités ethniques d'Europe de l'Est; enfin, les migrants séropositifs. Ces derniers risquent d'être stigmatisés et marginalisés aussi bien au sein de leur propre communauté que dans leur pays d'accueil: le sida est porteur d'un double, voire souvent d'un triple stigma (en tant qu'étranger, en tant que personne atteinte du sida et éventuellement en tant qu'homosexuel ou que personne qui s'injecte de la drogue). On peut

aborder ces populations par la mobilisation de la communauté concernée, à travers des associations et des groupes d'immigrés, et par l'établissement d'espaces protégés où l'on accepte toute personne sans poser de questions.

La prévention du sida chez les migrants peut également fonctionner de manière indirecte par la sensibilisation et la formation de personnel du pays d'accueil, par exemple par l'organisation de stages d'initiation aux rapports interculturels à l'intention des professionnels de la santé, des traducteurs et des médiateurs culturels.

Ce genre de programmes peut intervenir au niveau individuel (comme p. ex. dans le cas des lignes téléphoniques directes, ou des conseils en face-à-face), au niveau du groupe (p. ex. par le biais de séances d'information dans les classes ou dans les associations) ou encore au niveau de la communauté (lorsque des groupes entiers se mobilisent sur des thèmes précis). Dans ce qui constitue probablement la meilleure direction pour assurer le long terme de la prévention et du traitement du VIH/Sida auprès de ces populations, certains groupes de migrants ont réussi à créer une mobilisation très efficace autour du thème du VIH/Sida. Un des exemples les plus significatifs a eu lieu au Royaume-Uni, où le «African Policy Network» a fait pression auprès du gouvernement afin d'obtenir un changement de la législation et des politiques néfastes aux demandeurs d'asile séropositifs (le groupe fait par exemple pression contre la politique de dispersion qui peut déboucher sur le logement de demandeurs d'asile dans des lieux éloignés des grands hôpitaux, où ils peuvent recevoir un traitement du VIH adapté, ou bien pour concevoir les bons de nourriture de manière à ce que les personnes concernées puissent acheter la nourriture à laquelle elles sont habituées)<sup>19</sup>.

Il est pourtant important de noter que ces actions ne sont pas réalisées seulement par des groupes appartenant à la communauté africaine du Royaume-Uni: les groupes de pression travaillent parfois en partenariat avec d'autres groupes importants de lutte contre le sida, le «Terrence Higgins Trust» et le «All Parliamentary Group on AIDS». On ne doit pas attendre des associations d'immigrés qu'elles travaillent seules – elles ont au contraire besoin d'un soutien efficace de la part d'organisations et d'individus plus forts (mieux intégrés). Il s'agit en fait

d'un problème général: comme les migrants ne font que très rarement véritablement partie intégrante de la communauté dans laquelle ils vivent, les actions de prévention du VIH/Sida qui leur sont destinées doivent être soutenues, y compris financièrement, par des instances supérieures. Parmi celles-ci, on trouve aussi des organismes internationaux tels que l'Union européenne, le Réseau européen des organisations communautaires de lutte contre le sida, l'ONUSIDA, l'Organisation internationale des migrations et l'Organisation mondiale de la santé.

#### **Difficulté:**

##### **le long terme**

Les populations migrantes sont souvent parmi les premières à pâtir des restrictions budgétaires visant les programmes nationaux de lutte contre le sida, ainsi que des diminutions des aides attribuées aux ONG. En outre, certains des programmes actuels ne sont que des programmes pilotes. Reste à savoir ce qui se passera lorsque la phase pilote arrivera à sa fin, lorsque qu'il n'y aura plus d'argent pour faire fructifier le projet en question. Les programmes de prévention du VIH/Sida à l'intention des populations migrantes posent d'autres problèmes quant au long terme, en plus et indépendamment du problème que constitue le fait de travailler dans un contexte de restrictions budgétaires.

Que les personnes travaillant dans un projet soient le personnel attiré du programme, des «médiateurs», des éducateurs pairs, ou d'autres volontaires, les actions de prévention du sida sont accaparantes. Elles exigent de travailler en dehors des heures de bureau habituelles, de sacrifier des loisirs et elles peuvent également être extrêmement pressantes au point de vue affectif. Les personnes qui travaillent dans la prévention du VIH/Sida ont tendance à devenir des personnes-ressources en matière de VIH/Sida au sein de leur communauté. Elles peuvent se retrouver confrontées aux problèmes très concrets et souvent graves des migrants séropositifs ou souffrant du sida: isolation, handicaps linguistiques et culturels, manque d'accès au système de santé, la double ou triple stigmatisation déjà mentionnée, et la question de savoir si – et quand – retourner dans son pays d'origine. On risque de se retrouver submergé et usé. D'après les expériences recueillies auprès de ce genre de programmes, aussi bien le personnel du programme que les bénévoles sont prêts à donner beaucoup pour lutter contre le VIH/Sida au sein de leur communauté. Mais ils ne peuvent le faire indéfiniment, surtout pas s'ils ont le sentiment qu'ils ne reçoivent pas les gratifications que d'autres reçoivent pour le même travail.

Un certain nombre de questions se posent:

- Comment passer d'un nouveau programme innovant à un programme de routine?





- Comment préserver l'engagement et l'enthousiasme des participants une fois que le sentiment d'urgence a disparu?
- Comment arriver à conserver les points forts, la même énergie, en dépit des changements de personnel?
- Comment élargir le champ d'un programme à d'autres groupes en situation des besoins sans retirer quoi que ce soit à d'autres, qui ont peut-être le sentiment de manquer de quelque chose, et non d'en avoir trop?
- Comment coordonner différents partenaires potentiels, comment mettre en place une véritable collaboration, ou une concurrence productive?
- Comment établir des modèles de bonnes pratiques qui fonctionnent bien à un endroit et les appliquer dans un autre endroit?
- Comment tirer parti de ce qui est fort et positif au sein des communautés migrantes? Comment explorer, focaliser, développer et entretenir efficacement les capacités déjà présentes dans les communautés ethniques ou les communautés de migrants sans en même temps exploiter les gens de manière injuste?

Si l'on était cynique, on pourrait affirmer que la première source d'intérêt pour les migrations et le sida a découlé de la peur de voir des gens séropositifs arriver sur le territoire et contaminer les populations des pays d'accueil. Le risque que les migrants puissent introduire le VIH dans leur pays d'origine était un aspect beaucoup moins critique pour les pays d'accueil, et la santé des travailleurs migrants au travail semble alarmer encore moins les responsables. La question est donc de savoir comment susciter de l'intérêt pour les thèmes touchant à la santé des migrants qui sont d'un intérêt moins immédiat pour la communauté d'accueil. Et comment appliquer les connaissances acquises dans le domaine de la prévention du VIH/Sida à la santé des migrants en général, et ce sans se noyer dans des généralités?

#### **Informations épidémiologiques sur les minorités ethniques et leur accès au traitement**

Là où les programmes de prévention du VIH/Sida se basent sur le droit à l'information plutôt que sur l'argument d'une prévalence élevée du VIH, comme c'était le cas pour le projet suisse «Projet Migrants», il n'est pas essentiel d'avoir accès aux informations

épidémiologiques sur les groupes cibles. En fait, on peut argumenter qu'il y a de bonnes raisons de se méfier de l'épidémiologie appliquée aux populations minoritaires<sup>20</sup>, mais aussi qu'on risque de stigmatiser les personnes ainsi visées, de les mettre à l'écart à partir du moment où un groupe est défini seulement en termes d'origine ethnique. C'est par exemple ce qui est arrivé avec les Afro-Américains, comme nous l'avons décrit plus haut, mais aussi avec les Haïtiens aux Etats-Unis, avec les Ethiopiens en Israël et avec les Africains en Norvège<sup>21</sup>. Dans tous les cas, la publication de données sur la prévalence du VIH au sein de la communauté ethnique fut perçue comme un acte raciste et partant de là, rejetée violemment.

La situation était peut-être un peu différente en France, où, en raison d'une idéologie insistant sur la similitude et l'égalité fondamentales des citoyens, on ne prend pas en compte des différences telles que l'origine ethnique<sup>22</sup>. A l'opposé, on trouve au Royaume-Uni l'attitude des groupes ethniques minoritaires, dont nous avons déjà parlé, qui ont commencé à réclamer très tôt des informations épidémiologiques sur leur propre communauté. A posteriori, on s'aperçoit que ce sens du droit de possession de certaines informations a par la suite permis aux organisations communautaires d'aller jusqu'à prendre également le contrôle de certains programmes et d'agir en tant que groupes de pression, comme nous l'avons décrit plus haut.

En fait, les tendances observées dans tous les pays européens d'après les informations épidémiologiques publiées actuellement montrent clairement qu'il existe un problème.

Comme les lecteurs de ce magazine le savent très bien, le nombre total de cas de sida a diminué considérablement au cours des dernières années dans les pays industrialisés, un phénomène au moins en partie explicable par l'existence de nouvelles thérapies. Les migrants ont cependant été largement oubliés par les récents progrès thérapeutiques. Il y a des preuves de plus en plus évidentes (au Royaume-Uni<sup>23</sup>, en Belgique<sup>24</sup> et en France<sup>25</sup>) que les populations migrantes se présentent plus tard que les autochtones pour des tests de dépistage ainsi qu'au traitement du VIH. Une étude récente en provenance de Hollande montre même que sur 18 migrants originaires du Surinam, des Antilles et d'Afrique subsaharienne et déclarés séropositifs sur la base d'un test

non aléatoire, seuls deux étaient conscients de leur séropositivité<sup>26</sup>. Au moins six d'entre eux avaient été infectés aux Pays-Bas. Des données épidémiologiques publiées récemment sur la Suisse font aussi état d'une baisse du taux de nouvelles infections au VIH et de cas de sida parmi tous les groupes, à l'exception des hétérosexuels, et particulièrement des femmes hétérosexuelles venues d'Afrique sub-saharienne (Bulletin OFSP 23, juin 2000).

La question la plus importante au sujet du VIH/Sida et des populations migrantes en Europe est donc à présent celle de l'accès à la prise en charge et au traitement. Plusieurs questions se posent: restrictions légales, problèmes de langue et de compréhension, l'observance du traitement (on dispose d'anecdotes montrant que des migrants originaires de pays où les antirétroviraux ne sont pas disponibles peuvent – contre toute logique et sagesse thérapeutique, mais poussés par un désir humain tout à fait compréhensible – partager leurs médicaments avec des parents ou des amis qui n'y ont pas accès), la transmission mère-enfant, et aussi les orphelins du sida (des problèmes légaux et humains fort difficiles se posent lorsque les parents meurent loin de leur famille et de leur culture d'attache).

### Des défis pour l'avenir

On a besoin d'études rigoureuses sur ces problèmes, d'études qui évaluent également l'ampleur des problèmes et les éventuelles solutions à leur apporter. On a besoin d'élaborer une justification en termes de santé publique pour l'accès aux services médicaux de chacun, quel que soit son statut légal. On a besoin de comparer les pratiques concernant les patients sans statut légal, de débattre, de définir, de se mettre d'accord sur des politiques justes et cohérentes à travers les pays européens (et même peut-être d'un canton suisse à l'autre) et enfin de concrétiser ces politiques. Car certains migrants peuvent recevoir un traitement dans des endroits donnés mais pas dans d'autres, une situation qui crée des inégalités supplémentaires. On a besoin d'examiner la question de débiter un traitement antirétroviral chez des personnes susceptibles d'être renvoyées dans des endroits où ces traitements ne pourront être poursuivis<sup>27</sup>. De la même manière, on a besoin d'examiner et de discuter les politiques et les pratiques concernant d'une part l'obtention du droit d'asile pour des raisons touchant au VIH/Sida, et d'autre part le non-

refoulement vers ces mêmes pays.

On a besoin de lutter contre la discrimination envers les migrants, de défendre et de respecter leur dignité. On a besoin de lois, de politiques et de structures de soutien qui protègent les droits des migrants et qui facilitent aussi l'accès à la prévention du VIH/Sida et à la prise en charge médicale.

On a besoin de trouver des moyens plus efficaces pour atteindre les groupes de migrants actuellement laissés pour compte des activités de prévention du VIH/Sida dans les pays d'accueil. Il faut se battre contre la stigmatisation, notamment auprès des populations migrantes au sein desquelles le VIH/Sida est tabou et où une telle stigmatisation oblige les migrants concernés à vivre sans soutien, dans la peur et l'isolation.

Le chemin à suivre passe certainement par les groupes de migrants eux-mêmes, mais il s'agit de trouver des chemins qui garantissent que les moyens sont distribués de façon adéquate et que les partenariats existent bel et bien entre différentes cultures, différentes disciplines et entre migrants affectés et migrants nonaffectés par le VIH.

Les migrations perdureront aussi longtemps que les gens seront aventureux et aussi longtemps qu'il existera des déséquilibres économiques qui feront que cela vaut la peine de quitter son foyer dans l'espoir de trouver une vie meilleure pour soi-même et pour les siens. Il est même très probable que les migrations augmenteront, puisque le fossé des disparités économiques entre les régions pauvres et riches du monde s'élargit.

En fin de compte, les taux de VIH supérieurs parmi certaines minorités ethniques aussi bien en Suisse que dans d'autres pays européens sont le reflet d'un échec. On a affaire à un échec de la prévention, si les migrants ont plus de chances d'être infectés par le VIH dans les pays où ils habitent ou pendant leurs visites dans leur pays d'origine. Cela signifie que les pays d'accueil ont été incapables de les atteindre de manière adéquate par des mesures de préventions adaptées au point de vue linguistique et culturel, ou encore de réduire la vulnérabilité inhérente aux situations dans lesquelles ils vivent.

Cela représente un échec plus grave encore si les migrants sont obligés de se rendre dans les pays industrialisés uniquement parce qu'ils sont séropositifs. On peut se demander dans quel genre de monde nous vivons si les gens sont obligés de se déplacer,

contre paiement de sommes souvent équivalentes à un salaire annuel – voire plus – pour se rendre dans des endroits où ils n'ont ni sécurité, ni amis, ni famille, simplement pour avoir accès à des soins médicaux qui sont normaux pour d'autres. On a affaire à un échec de la prévention internationale, et surtout un échec de la prise en charge internationale de la santé.

- 1 M. Haour-Knipe, R. Rector: «Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS», London, Taylor & Francis, 1996.
- 2 IGC, 1997, cité dans Morrison & Crosland, 2000, p. 34.
- 3 J. Morrison, B. Crosland, «The trafficking and smuggling of refugees: the end game in European asylum policy?», Genève, UNHCR, juillet 2000.
- 4 R. Shtarkshall, V. Soskolne, «Migrant Populations and HIV/AIDS», UNESCO/ONUSIDA, 2000.
- 5 J. Decosas, A. Adrien, «Migration and HIV», AIDS, 1997, p. 77-84.
- 6 L. Brussa (éd.), «Health, Migration & Sex work: The experience of TAMPEP», Amsterdam, TAMPEP International Foundation, décembre 1999.
- 7 M. Haour-Knipe, «Migrant Populations: The development of something to evaluate», Médecine sociale et préventive 37 Suppl 1, p. 79-94, 1994.
- 8 J. Tovar and F. Galle in «Crossing Borders: ...», p. 218-219.
- 9 c.f. K. Clarke, G. Broering (éd.), «HIV/AIDS Care and support for migrant and ethnic minority communities in Europe», Woerden, AIDS & Mobility, février 2000.
- 10 [www.nigz.nl/aidsmobility](http://www.nigz.nl/aidsmobility)
- 11 L. Brussa (éd.), «Health, Migration & Sex work: The experience of TAMPEP», Amsterdam, TAMPEP International Foundation, décembre 1999.
- 12 E. Steffan, «Preventing HIV among mobile and displaced populations», presented at the symposium «HIV Prevention Works», Durban, South Africa, 8 juillet 2000.
- 13 <http://www.hivnet.ch/migrants/>
- 14 Ki Pukaar. The newsletter of the Naz foundation. Naz Ki Pukaar, Naz Foundation, Palingswick House, 241 King Street, London, W6 9LP, UK.
- 15 Groupement de recherche et de réalisation pour le développement rural (GRDR), «Lettres video pour la prévention des maladies transmissibles». Vidéo, Paris, 1999.
- 16 R. Bayer, «AIDS prevention and cultural sensitivity: are they compatible?», American Journal of Public Health 84, 1994, p. 895-898.
- 17 CDC AIDS Community Demonstration Projects Research Group, «Community-level HIV intervention in 5 cities: final outcome data from the CDC AIDS community demonstration projects», Am J Public Health 1999; 89(3), p. 336-345
- 18 Il peut y avoir des exceptions à la règle d'avoir quelqu'un de la même culture pour réaliser des recherches ou diriger un programme dans les situations où il y a un risque d'intense stigmatisation lié au VIH. Un Africain séropositif, par exemple, peut préférer être questionné par un anthropologue européen plutôt que par un anthropologue africain qui pourrait se trouver venir de la même communauté (Damien Rwegera, informations orales). Il reste encore à discuter et à vérifier cette observation.
- 19 A. Sesay, S. McLean, «Immigration legislation, HIV and migrant communities: insights from the African experience in the UK», document MoOrE218, présenté à la XIIIe Conférence internationale sur le sida, Durban, du 9 au 14 juillet 2000.
- 20 M. Haour-Knipe, F. Dubois-Arber, «Minorities, Immigrants and HIV/AIDS Epidemiology: Concerns About the Use and Quality of Data», European Journal of Public Health 3, 1993, p. 259-63.
- 21 Voir par exemple:  
R. Shtarkshall, Y. Davidson, «Testing a Policy Decision: What Can Happen When You Screen for HIV», in: D. FitzSimons, V. Hardy and K. Tolley (éd.) «The Economic and Social Impact of AIDS in Europe», London, Cassell, 1995.  
«Norway's African community united in anger», Migrants against AIDS/HIV. Issue 4, août 1996.
- 22 D. Fassin, «Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrants?», Plein Droit, 38, 1998.
- 23 J. Anderson, R. Melville, D.J. Jeffries et al., «Ethnic differences in women with HIV infection in Britain and Ireland: the study group for the MRC collaborative study of HIV infection in women», AIDS 10, 1996, p. 89-93.
- 24 Agence de prévention du sida, «Les Migrants: monitoring VIH et Sida en Belgique», Bruxelles, Agence de prévention du sida, p. 109 à 119, 1997.
- 25 A. Savignoni, F. Lot, J. Pillonel, A. Laporte, «Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France», Paris, Institut de veille sanitaire, avril 1999.
- 26 M. Gras, J. Weide, M. Langendam et al., «HIV prevalence, sexual risk behaviour and sexual mixing patterns among migrants in Amsterdam, the Netherlands», AIDS 13, 1999, p. 1953-1962.
- 27 Un argument souvent invoqué pour ne pas commencer un tel traitement est que son interruption est susceptible d'encourager l'émergence de types de VIH résistants. Toutefois, cette manière de voir a été modifiée à la lumière de résultats venant de la XIIIe Conférence internationale sur le sida à Durban. Si les personnes qui reçoivent une HAART peuvent prendre des vacances de médicaments, alors il pourra y avoir moins de danger à traiter des personnes séjournant dans un pays où ce traitement est disponible pour une période limitée.

## HIV-TEST? NEIN DANKE!

Mit der Einführung der neuen Kombinationstherapien wird der Druck immer grösser, sich dem HIV-Test zu unterziehen. Schwulen Männern, die sich bis heute nicht auf HIV testen lassen, wird zunehmend uneinsichtiges oder unvernünftiges Verhalten unterstellt. Dennoch gibt es auch heute noch gute Gründe, die gegen den Test sprechen. Über diese würden wir gerne mehr erfahren. Für eine kurze Befragung sucht die Deutsche AIDS-Hilfe

schwule Männer, die sich bisher bewusst gegen die Durchführung des HIV-Antikörpertests entschieden haben. Die Gewährung der Anonymität garantieren wir.

Interviewpartner setzen sich bitte in Verbindung mit:

**Peter Wiessner: 0049-30-423 53 34 oder  
Deutsche AIDS-Hilfe (Karl Lemmen):  
0049-30-690 087 49**

Anzeige