

L'impact des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH : bibliographie annotée



Le présent document a été préparé à la demande de la Cellule internationale de réflexion sur les restrictions au voyage liées au VIH. Pour toute information concernant la Cellule de réflexion et pour consulter son rapport, voir www.unaids.org.

Photos de couverture: ONUSIDA / P. Viro / G. Diez / L. Alyanak / J. Maillard

La présente bibliographie annotée a été préparée à la demande de la Cellule internationale de réflexion sur les restrictions au voyage liées au VIH. Elle a été réalisée par Mary Haour-Knipe (consultante indépendante) et elle s'appuie sur l'examen des données de recherche et autres matériels disponibles concernant l'impact des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH. Une première version a été soumise à la Cellule de réflexion lors de sa troisième réunion (Madrid, 24-26 juin 2008) au cours de laquelle les membres de la Cellule ont présenté leurs observations et contributions.

Ce document ne reflète pas nécessairement les vues de tous les membres de la Cellule de réflexion ni les prises de positions, les décisions ou la politique officiellement adoptées par le Secrétariat ou par les Coparrainants de l'ONUSIDA.

ONUSIDA/09.22F/ JC1729F (Original anglais, juin 2009)

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) 2009

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ne saurait être tenu responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

L'impact des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH: bibliographie annotée.

« ONUSIDA/09.22F ».

1.Infection à VIH. – transmission. 2.Voyage – législation. 3.Syndrome d'immunodéficience acquise – transmission. 4.Préjugé. 5.Aliénation – psychologie. 6.Bibliographie descriptive.

ISBN 978 92 9173 830 4

(classification NLM: WC 503.3)

L'impact des restrictions à l'entrée,
au séjour et à la résidence
liées au VIH :
bibliographie annotée

Mai 2009

Table des Matières

Introduction	3
Méthodologie	3
A. Etudes axées sur l'impact des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH	4
▪ <i>Migrants et leur famille</i>	
▪ <i>Voyageurs</i>	
B. Autres études pertinentes à l'évaluation des effets des restrictions	10
▪ <i>Revue de la littérature et conclusions des experts</i>	
▪ <i>Evaluation des pratiques et établissements de détention des immigrants</i>	
C. Recherches indirectement liées à l'impact	16
▪ <i>Etudes sur la propagation des sous-types de VIH</i>	
▪ <i>Voyageurs et VIH</i>	
▪ <i>Expatriés de retour au pays</i>	
▪ <i>Chauffeurs routiers</i>	
▪ <i>Immigrants, migrants et VIH</i>	
▪ <i>Etudes montrant un lien entre la migration – souvent la migration circulaire – et la propagation du VIH dans différentes régions d'Afrique</i>	
▪ <i>Etudes examinant le risque d'infection chez les migrants ou autres personnes revenant en visite dans leur pays, territoire ou région d'origine à forte prévalence</i>	
▪ <i>Immigrants et prise en charge de la tuberculose et des infections sexuellement transmissibles</i>	
▪ <i>Populations en mouvement et confiance dans les autorités sanitaires</i>	
▪ <i>Populations en mouvement échappant aux contrôles officiels</i>	
▪ <i>Restrictions au voyage et perceptions dans la population générale : sentiment de fausse sécurité</i>	
▪ <i>Coûts et avantages de l'immigration en matière de santé</i>	
▪ <i>Autres perspectives concernant les coûts et avantages</i>	
D. Approches possibles du suivi des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence, en vue d'en atténuer les effets	29
▪ <i>Suivi des médias</i>	
▪ <i>Approches participatives de l'examen des politiques</i>	
▪ <i>Normes de qualité : conseil et test VIH pour les migrants</i>	
▪ <i>Plaidoyer et partenariats pour la santé des migrants</i>	

Introduction

La présente bibliographie a été préparée à la demande de la *Cellule internationale de réflexion sur les restrictions au voyage liées au VIH*¹. Elle est fondée sur l'examen des recherches, rapports et autres matériels disponibles concernant l'impact des restrictions liées au VIH. La première section présente des études spécialement axées sur les effets des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH. Dans la deuxième, on trouve un certain nombre de comptes rendus et rapports centrés moins directement sur le sujet. La troisième contient des recherches pertinentes mais aux liens plus indirects et évalue les effets. La dernière section de la bibliographie présente des exemples d'approches susceptibles d'être utilisées pour suivre les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence, afin d'en atténuer l'impact.

Chaque section commence par un bref aperçu liminaire puis, pour chaque titre, indique les sujets abordés, le lieu, la méthodologie utilisée et certaines conclusions importantes. A l'exception de la première section qui présente des études portant directement sur les effets des restrictions liées au VIH, les listes ne se prétendent pas être exhaustives mais plutôt des exemples et des points de départ pour d'éventuelles recherches à effectuer à l'avenir dans les directions indiquées.

Méthodologie

- ▶ Au début de l'examen sur dossier, une demande d'information a été envoyée aux membres de la Cellule internationale ainsi qu'à d'autres experts et organisations concernés. Cet appel a engendré plus de 50 documents, y compris des rapports, des lettres, des brochures et autre 'littérature grise' qui ne sont pas toujours facilement accessibles. Ces matériels ont été examinés et ils ont permis de trouver des références à d'autres sources importantes.
- ▶ Une recherche PubMed² a été effectuée avec les mots clés «VIH» et «voyage» qui a produit 800 résultats, dont environ 200 ont été retenus en raison de l'intérêt des résumés pour les questions de restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence et leurs conséquences³. Le texte complet d'une centaine de ces articles, y compris leur bibliographie, ont été étudiés de près⁴.

¹ Voir Rapport de la Cellule internationale de réflexion sur les restrictions au voyage liées au VIH: Conclusions et recommandations, disponible sur www.unaids.org. Cette bibliographie a été établie par Mary Haour-Knipe, consultante indépendante.

² Le temps imparti à cet examen sur dossier n'a pas permis des recherches dans d'autres bases de données potentiellement utiles, telles que Psych Abstracts, Soc Abstracts, Web of Science, et les résumés des conférences internationales sur le sida. Cependant, le fait que plusieurs sources importantes indiquées par des membres de la Cellule internationale et d'autres experts se sont retrouvées dans les résultats de la recherche sur PubMed laisse penser que l'on a réussi à trouver une bonne part de la littérature essentielle.

³ Les articles ont été retenus s'ils faisaient une quelconque mention de visas d'entrée ou de résidence, ou de lois apparentées; de test ou de dépistage du VIH chez les migrants; d'infection à VIH pendant un voyage à l'étranger; d'accès aux soins pour les étrangers; de propension des migrants à se faire soigner; de l'idée que les gens se font des soins de santé dans le pays de destination; du degré de confiance des migrants en les prestataires de soins; de stigmatisation liée au VIH ou à la migration; et des avis qu'ont les étrangers concernant le VIH et le sida. On a également examiné les articles pour déterminer si mention était faite du risque et de la vulnérabilité au VIH dans des couples séparés, ainsi que les études portant sur la migration en rapport avec les droits de l'homme et la santé publique. Les articles traitant de voyages et de santé ou de santé sexuelle à l'intention des personnes vivant avec le VIH n'ont été retenus que si le résumé portait en particulier sur le test et/ou le conseil en rapport avec un visa ou autre exigence de ce type.

⁴ L'examen des textes complets s'est limité à ceux disponibles par l'intermédiaire des bibliothèques de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Université de Genève, ou publiés en accès libre sur l'Internet.

- ▶ Les fichiers établis par le consultant sur la migration et le VIH/sida et sur les restrictions de voyage liées au VIH ont été consultés⁵. Les sources en rapport direct ou indirect avec l'impact des restrictions ont été réexaminées.
- ▶ Une recherche PubMed complémentaire a été faite utilisant les mots clés «VIH» et «migr*»⁶. Cette recherche élargie a produit 1786 résumés, y compris la plupart des références déjà répertoriées. Cependant deux nouveaux articles pertinents ont pu être retenus grâce à cette recherche.
- ▶ Les références figurant dans les documents les plus utiles ont été trouvées en utilisant l'option 'related articles' dans PubMed et l'option 'cited by' dans Google Scholar.
- ▶ Un premier jet de la bibliographie a été distribué et examiné au cours de la troisième réunion de la Cellule internationale de réflexion en juin 2008 et les participants ont été invités à y ajouter les matériels dont ils auraient connaissance.

A. Etudes axées sur l'impact des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH

Nous n'avons trouvé que bien peu d'études portant spécifiquement sur l'impact des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH. Les études disponibles les plus fouillées sont celles qui ont été effectuées par CARAM, la Coordination de la recherche-action sur le sida et la mobilité, concernant les migrants en Asie, région dans laquelle plusieurs pays envoient ou reçoivent (et parfois tous les deux) un grand nombre de travailleurs migrants et où certains pays exigent aussi des travailleurs migrants en puissance un dépistage du VIH et les expulsent s'ils se révèlent infectés. Deux rapports de CARAM énumérant les effets des restrictions liées au VIH sur les travailleurs migrants sont présentés ici dans le détail. Le premier est un rapport publié en 2007 portant spécifiquement sur le dépistage obligatoire du VIH dans le cadre de l'application des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH dans 16 pays d'origine et de destination en Asie. L'autre est un rapport publié en 2005 par CARAM aux Philippines; il décrit plus en détail les effets de ces mesures. Un rapport d'Amérique du Nord est également présenté, dans lequel Morin *et al.* notent que l'interdiction d'immigration des personnes séropositives imposée par les Etats-Unis d'Amérique a entravé la prévention et les soins primaires liés au VIH chez les Mexicains vivant en Californie.

Deux études sur les restrictions liées au VIH concernant les voyageurs sont aussi présentées. Elles concernent les personnes qui souhaitent se rendre dans un autre pays pour des séjours plus courts que ceux souhaités par les migrants; Mahto *et al.* examinent le comportement de personnes séropositives du Royaume-Uni qui souhaitaient se rendre aux Etats-Unis et Salit *et al.* font de même avec des Canadiens vivant avec le VIH se rendant à l'étranger.

⁵ Ceci comprend des affichages sur la question figurant dans des listes de diffusion telles que NAM Aidsmap, Af-AIDS, Sea-AIDS, ProCAARE.

⁶ L'utilisation de « migr* » produit des résultats comprenant « migrants » et « migration », mais ces résultats n'ont pas nécessairement de rapport avec la migration dans le sens de mouvement de population (p. ex., « migration des cellules T », « migration des cellules tumorales ») et ils vont capter des variations sans rapport avec le sujet (p. ex., « migraine »). Les articles portant sur la migration interne (p. ex., les mouvements de population entre zones rurales et urbaines) n'ont pas été retenus. D'autres recherches, utilisant les mots clés « VIH » et « visa », ont produit 20 résultats, qui tous apparaissaient déjà dans les recherches précédentes. Les termes « VIH » et « entrée » ont produit plus de 4000 résultats, mais il s'agissait pour la plupart d'« entrée virale ». En ajoutant le mot clé « visa », deux résultats déjà trouvés ont été produits. Une recherche utilisant le mot clé « réfugié » a conduit à des résumés déjà trouvés dans la recherche utilisant « migr* ».

Les migrants et leur famille

CARAM Asia (2007), *State of Health of Migrants 2007: Mandatory testing*.
Kuala Lumpur : CARAM Asia.

http://www.caramasia.org/reports/SoH2007/SoH_Report_2007-online_version.pdf

Analyse régionale des politiques et pratiques ; CARAM stipule que dans le cas où un tel dépistage s'impose, les services de santé tiennent compte des besoins des migrants.

Sujets abordés : Santé publique ; arguments économiques, éthiques et concernant les droits de la personne contre le dépistage obligatoire du VIH chez les migrants ; manière dont le test VIH est effectué et ses conséquences.

Lieu : Asie (pays, territoires ou zones d'origine : Bangladesh, Cambodge, Inde, Indonésie, Népal, Pakistan, Philippines, Sri Lanka, Viet Nam ; pays, territoires ou zones de destination : Bahreïn, Emirats arabes unis, Hong Kong (Région administrative spéciale de Chine), Japon, Malaisie, République de Corée, Thaïlande).

Méthodologie : Recherche participative ; élaboration d'un cadre de travail commun pour chaque pays étudié ; entretiens approfondis avec des migrants et d'autres parties prenantes ; discussions de groupes thématiques ; méthodes d'apprentissage et d'action participatifs (p. ex., cartographie, rang de priorité).

Principales conclusions : Enorme variation dans les pratiques : abus attestés, ainsi que quelques exemples de bonne pratique.

Les problèmes qui se posent aux migrants sont notamment :

- ▶ **Avant le départ :** frais (y compris le coût du déplacement jusqu'au lieu de l'examen médical), examens de mauvaise qualité, absence de conseil ou conseil peu adapté (p. ex., dans une langue autre que celle du migrant), examens qui se font dans le mépris de la dignité humaine, manque d'information concernant les résultats. Etant donné que l'examen laissera une trace permanente dans le passeport du migrant, le rapport rend compte de la pratique consistant à se soumettre à un examen préliminaire à l'officiel, pour que le candidat à la migration s'assure qu'il sera agréé. Dans un pays au moins, un chercheur de CARAM se faisant passer pour un migrant ayant un problème a montré qu'il était possible de soudoyer un fonctionnaire pour 'concocter' un résultat négatif.
- ▶ **A destination :** obligation de refaire les examens (d'où des coûts supplémentaires), crainte des résultats, manque d'explications, longues attentes entre les diverses parties de l'examen médical. Les conditions sont généralement meilleures que dans certains pays d'origine, mais on relève des problèmes de langue (y compris la nécessité de signer des formulaires de consentement dans une langue que le migrant ne comprend pas).

Toute personne jugée « inapte » est simplement priée de partir. Il arrive qu'elle ne reçoive aucune information, conseil et orientation relatifs aux résultats du test. L'expulsion est souvent immédiate, ou alors le migrant est placé en détention jusqu'au moment de son renvoi. Certains travailleurs malades rentrent chez eux pour se faire soigner afin d'éviter d'avoir le mot « expulsé » tamponné dans leur passeport.

Les travailleurs sans papiers ne bénéficient pas de bilans de santé et ont peu ou pas d'accès aux soins et au soutien. Dans certains cas, ce ne sont pas les pays qui exigent le test VIH mais les employeurs ou les agences de recrutement. De nombreux migrants ne savent pas très bien qui a exigé le dépistage.

Le dépistage peut donner au migrant un sentiment illusoire de sécurité : certains se sont dit que puisqu'ils étaient en bonne santé ils pouvaient s'adonner à des comportements à risque. Par ailleurs, des examens médicaux bien conduits peuvent être rassurants.

A leur retour, les migrants expulsés pour raisons de santé sont confrontés à de graves conséquences économiques : les familles se sont parfois lourdement endettées pour envoyer le travailleur à l'étranger et son retour prématuré signifie la perte de cet investissement tout comme la perte des fonds que le travailleur aurait envoyés. Les personnes rapatriées doivent aussi faire face à la stigmatisation, à la discrimination, à l'absence de services d'orientation et de soutien, à un accès insuffisant aux services nationaux ou locaux de traitement et d'appui, à l'exploitation par des charlatans offrant des pseudo-guérisons.

Le rapport s'achève sur une analyse régionale des politiques en matière de test dans les pays d'origine et de destination ; des pratiques de dépistage (en rappelant que les examens médicaux et le dépistage du VIH peuvent être une entreprise extrêmement lucrative, dans laquelle le centre de dépistage a tout intérêt à effectuer les examens le plus rapidement possible, à laisser tomber le conseil qui exige un temps considérable, et à refaire autant que se peut les tests) ; ainsi que des mécanismes de suivi nécessaires. Le rapport régional de CARAM examine aussi le consentement éclairé ; le conseil avant et après le dépistage ; la confidentialité du bilan et des résultats du test ; la nécessité de se montrer sensible aux aspects sexospécifiques de la santé des migrants, de respecter leur dignité et leur culture ; l'orientation-recours ; les stratégies d'adaptation aux examens médicaux obligatoires ; l'accès au traitement et au soutien ; l'expulsion ; et l'impact des résultats.

ACHIEVE et CARAM (2005), *Health at Stake: Report on access to health for Philippines overseas workers*. Quezon City, Philippines: Action for Health Initiatives Inc. <http://www.achieve.org.ph/Philippine%20SoH%20Report.pdf>

« Les politiques et intentions qui se veulent bonnes peuvent cacher une réalité bien différente » (Wolffers, p. ix). Point de vue d'un pays d'émigration dans lequel les rapports épidémiologiques nationaux indiquent que 34% des infections à VIH notifiées se produisent chez des personnes qui ont travaillé à l'étranger.

Sujets abordés : Santé ; migration de la main d'œuvre depuis les Philippines, avant le départ, pendant le séjour à l'étranger, et pendant la réintégration.

Lieu : Philippines.

Méthodologie : Examen de la littérature ; discussion de groupes thématiques ; entretiens avec des migrants et d'autres parties concernées.

Principales conclusions : Bien que la loi relative au sida aux Philippines interdise le dépistage du VIH comme condition préalable à l'emploi, les travailleurs migrants peuvent être contraints de s'y soumettre par les gouvernements des pays de destination. Il arrive que les travailleurs sur le départ ignorent avoir été testés et ils peuvent ne pas imaginer être vulnérables au VIH ou aux autres infections sexuellement transmissibles. Nombreux sont ceux qui pensent que le test n'est qu'une exigence de routine, sans laquelle ils ne peuvent pas travailler à l'étranger : cela ne les gêne pas vraiment d'avoir à faire des tests pour autant qu'ils obtiennent de « bons » résultats. L'anonymat et la confidentialité ne sont guère respectés car les clients (les agences de recrutement) exigent que les dispensaires leur transmettent les résultats des tests médicaux et non pas aux travailleurs. Le conseil avant et après le dépistage n'est pas toujours offert, et il y a très peu de contrôles à ce sujet.

Dans le pays de destination, la santé n'est généralement pas une priorité pour les travailleurs migrants qui tendent à ne pas faire cas de leurs symptômes jusqu'au moment où ce n'est plus

possible. Il est fréquent qu'ils ne sachent pas où s'adresser pour être soignés. Ils peuvent n'avoir aucune assurance maladie, ou être assurés sans le savoir ni savoir quelle est leur couverture. Les travailleurs qui ont des problèmes à l'étranger craignent parfois de s'adresser à l'ambassade des Philippines de peur d'être renvoyés au pays.

Les travailleurs migrants dont l'état séropositif est diagnostiqué à l'étranger sont généralement expulsés immédiatement, sans conseil, et sans avoir la possibilité de rassembler leurs possessions ou de réclamer leur salaire et autres indemnités. Ceux qui ne peuvent être expulsés immédiatement sont parfois détenus. Les conséquences sont psychologiques (découvrir sa sérologie VIH, crainte, frustration), économiques (perte de gain) et sanitaires car ils risquent d'être exposés à d'autres infections durant la détention.

Les travailleurs migrants qui rentrent malades au pays ne bénéficient ni de suivi ni d'appui, et il n'existe pas de données concernant ce qui advient d'eux. Les ambassades ne sont pas informées et ne peuvent donc apporter leur aide et les travailleurs ne sont pas au courant des services que l'ambassade aurait peut-être pu leur fournir. L'impact le plus lourd de l'infection à VIH chez les travailleurs migrants est généralement économique : un résultat positif au VIH lors de l'examen médical rend automatiquement inapte à tout emploi futur à l'étranger, et les taux de chômage sont élevés aux Philippines.

L'infection à VIH d'un travailleur migrant touche aussi sa famille et sa communauté. Lorsque l'accès à la prévention du VIH est insuffisant, le travailleur séropositif est susceptible d'exposer son conjoint ou d'autres partenaires au virus. En cas de maladies liées au VIH, le revenu de la famille sera encore réduit avec l'augmentation des dépenses de santé. L'éducation des enfants peut être sacrifiée pour payer les frais médicaux.

La stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH sont encore importantes dans l'ensemble de la population aux Philippines, la stigmatisation s'étend à présent aux travailleurs migrants en général : la sensibilisation à la vulnérabilité des migrants au VIH et au sida peut, par inadvertance, avoir pointé du doigt cette population. Outre la stigmatisation liée au VIH, les travailleurs migrants qui rentrent au pays à cause du VIH sont confrontés à une baisse de leur prestige dans leur famille et leur communauté, car les personnes qui travaillent à l'étranger (en particulier celles qui réussissent) sont admirées et même enviées. Il devient très difficile d'éviter les questions des amis et des parents sur les raisons pour lesquelles on ne retourne pas à l'étranger pour un nouveau contrat. On dit qu'il est fréquent, chez les travailleurs migrants qui ont été diagnostiqués positifs au VIH de dire qu'ils sont atteints de cancer ou de leucémie.

Le rapport conclut que, si les lois et politiques sont importantes pour assurer la protection et la promotion des droits des travailleurs, leur seule existence ne garantit pas nécessairement que les soins et services de santé sont accessibles. Les lois et politiques en vigueur ne sont peut-être pas suffisamment fermes, ne sont pas appliquées correctement ou elles sont peut-être trop faciles à contourner.

Voir aussi :

CARAM (2002), *Forgotten spaces*.

CARAM (2005), Rapports de pays pour le Rapport 2005 sur la santé des migrants. Le rapport du Népal, notamment, examine l'importance de la raison d'être des examens de santé du point de vue du migrant : la priorité, c'est d'être autorisé à migrer, et non pas la santé.

CARAM (2002), Rapport de la consultation avec le Rapporteur spécial des Nations Unies sur les droits des migrants (brève liste des conséquences d'un test VIH positif pour les travailleurs à l'étranger et leur famille).

Tous ces rapports sont disponibles sur : http://www.caramasia.org/index.php?option=com_content&task=section&id=29&Itemid=347

SF Morin, H Carrillo, WT Steward, A Maiorana, M Trautwein, CA Gomez (2004), « Policy perspectives on public health for Mexican migrants in California », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 37 Suppl 4:S252-S259.

Traite des politiques publiques qui touchent la prévention primaire du VIH et l'accès aux soins VIH pour les migrants mexicains résidant en Californie; une des cinq études concernant le VIH, le sida et la migration parmi les migrants mexicains, publiée dans un numéro spécial de JAIDS.

Sujets abordés : Politiques publiques; prévention du VIH et accès des migrants à la prise en charge du VIH.

Lieu : Etats-Unis d'Amérique.

Méthodologie : Examen.

Principales conclusions : La Californie compte 15% de tous les cas de sida notifiés aux Etats-Unis, les Hispaniques représentant 20% de ces cas. Bien que la population du Mexique soit trois fois plus importante que celle de la Californie, le pays compte un tiers seulement des cas de sida notifiés en Californie. On estime que la prévalence plus élevée du VIH en Californie signifie que les migrants mexicains sont en moyenne plus susceptibles d'être exposés au VIH en Californie qu'au Mexique.

Les lois qui limitent l'entrée et le séjour des personnes vivant avec le VIH constituent peut-être un obstacle à la prévention et aux soins primaires du VIH pour les migrants mexicains. Les ressortissants du Mexique vivant aux Etats-Unis doivent subir un test VIH lorsqu'ils font une demande de régularisation. Si leur test est positif, ils sont définitivement interdits d'entrée aux Etats-Unis, n'ont pas le droit d'accéder aux services et font l'objet d'une expulsion. Pour ceux qui ont des raisons de penser qu'ils pourraient être infectés, cette politique d'immigration peut les dissuader de faire un test VIH et constitue un obstacle à la prévention et à une intervention précoce.

M Zencovich, K Kennedy, DW MacPherson, BD Gushulak (2006), « Immigration medical screening and HIV infection in Canada », *International Journal of STD & AIDS* 17(12): 813-816.

Cet article relève qu'en 2002 et 2003, 635 000 tests VIH ont été effectués pour évaluer l'état de santé des immigrants au Canada. Sur ce nombre, 932 se sont révélés positifs au VIH. Les taux les plus élevés d'infection ont été observés parmi les candidats à l'immigration provenant de zones à forte prévalence et ils reflétaient le profil démographique de la région source (il s'agissait surtout de femmes). Sur le nombre de séropositifs au VIH, 80% étaient soit déjà au Canada ou néanmoins admissibles sur le plan juridique (parce qu'ils étaient par exemple réfugiés ou avaient déjà de la famille au Canada). Les auteurs soulignent la nécessité d'adapter les services et la prise en charge des cas au profil linguistique et culturel des personnes affectées.

Voyageurs

M Mahto, K Ponnusamy, M Schuhwerk, J Richens, N Lambert, E Wilkins, DR Churchill, RF Miller, RH Behrens (2006), « Knowledge, attitudes and health outcomes in HIV-infected travellers to the USA », *HIV Medicine* 7: 201–204.

Sujets abordés: Voyage aux Etats-Unis des personnes positives au VIH; respect ou non-respect des règlements des Etats-Unis concernant les visas et les dérogations; effet des restrictions au voyage sur l'observance des traitements antirétroviraux.

Lieu: Royaume-Uni (centres urbains).

Méthodologie: Questionnaires remplis par des personnes fréquentant des dispensaires VIH en 2004: Manchester (n=408), Brighton (n=346), Londres (n=359); taux global de réponse 67%.

Principales conclusions: 349 personnes (31%) avaient été aux Etats-Unis depuis qu'elles se savaient positives au VIH, généralement comme touristes. Quelque 60% étaient au courant de la nécessité d'une dérogation mais 14% seulement en avaient une pour voyager.

Les bagages de 39 personnes en provenance de Manchester et de Londres ont été fouillés à l'arrivée aux Etats-Unis. Aucune de ces personnes ne s'est vu refuser l'entrée. Environ la moitié de ceux qui pouvaient ajouter des observations concernant leur expérience de voyage aux Etats-Unis l'ont fait, mentionnant inquiétude et stress, sentiment de discrimination et crainte d'être découverts.

69% (n=212) des enquêtés étaient sous traitement antirétroviral, 27 (11%) ont interrompu leur thérapie. 28 avaient envoyé d'avance leurs médicaments par la poste et 25 les ont reçus à temps. Parmi ceux qui ont interrompu leur traitement, 44% l'ont fait sans demander un avis médical. Plusieurs ont indiqué l'avoir fait dans la crainte d'être fouillés par les services de l'immigration d'un pays interdisant l'entrée aux personnes séropositives au VIH et d'être découverts.

Parmi ceux qui avaient interrompu leur traitement antirétroviral hautement actif, 11 suivaient un protocole fondé sur l'INNTI, qui demande une interruption séquentielle afin d'éviter l'apparition d'un virus résistant aux INNTI. Sur ceux qui ont accepté un examen de leur dossier (9/10 à Brighton, 4/7 à Manchester), un seul a présenté une mutation de résistance aux INNTI.

E Salit, M Sano, AK Boggild, KC Kain (2005), « Travel patterns and risk behaviour of HIV-positive people travelling internationally », *Canadian Medical Association Journal* 172(7): 884-888.

Sujets abordés: Voyages internationaux et précautions prises par les personnes séropositives au VIH avant leur voyage; charge de morbidité et exposition au risque au cours du voyage.

Lieu: Toronto (Canada).

Méthodologie: Enquête anonyme auprès de 290 personnes séropositives fréquentant un service de consultation externe VIH dans un hôpital de soins tertiaires.

Principales conclusions: Un cinquième seulement des personnes séropositives au VIH interrogées qui avaient fait un voyage international avaient demandé un avis médical avant leur voyage. Un quart de celles qui avaient demandé des conseils s'étaient préoccupées des

règlements relatifs aux visas et au passage des frontières, et 40 % souhaitaient des renseignements concernant les maladies liées au voyage.

Sur les 133 voyageurs internationaux, 119 (89,5 %) étaient sous traitement antirétroviral. En tout, 53 d'entre eux ont observé leur traitement pendant leur voyage, alors que 35 avaient soit arrêté de prendre leurs médicaments soit les prenaient de manière aléatoire. Sur les 35, 14 ont indiqué avoir interrompu leur traitement antirétroviral juste avant leur voyage, mais la moitié seulement avaient parlé de cette interruption avec leur médecin. Dix personnes ont indiqué avoir cessé leur traitement par peur de traverser des frontières avec des médicaments antirétroviraux.

Sur les 119 personnes qui suivaient un traitement antirétroviral, cinq ont signalé avoir subi des brimades au passage de la frontière et quatre d'entre elles les ont attribuées à leurs médicaments ou à leur sérologie VIH.

B. Autres études présentant un intérêt pour l'évaluation des effets des restrictions

Au cours des années, plusieurs rapports, études et autres documents ont abordé les questions de santé publique, de coût, d'éthique et de droits de l'homme relatives aux restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH⁷. Cette partie de la bibliographie présente des rapports et analyses plus récents qui, s'ils ne visent pas à évaluer directement l'impact des restrictions au voyage, évoquent le sujet. Le premier d'entre eux est un examen approfondi de la mobilité des populations et du VIH en Asie, dont une section de 10 pages examine la question du retour prématuré de gens partis à l'étranger pour y travailler.

Trois sources secondaires sont également présentées. Elles émanent de l'examen de la situation par des experts dans des pays envisageant de modifier leurs réglementations concernant l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH (Canada, États-Unis d'Amérique et Royaume-Uni). Bien que très différentes les unes des autres, ces études fournissent un tableau complet des problèmes associés à ces restrictions.

Dans certains pays, les immigrants et voyageurs qui se sont avérés être séropositifs au VIH peuvent être placés en détention avant d'être expulsés. Une dernière sous-section présente deux publications récentes concernant les centres de détention des immigrants.

⁷ Voir en particulier :

AJ Zuckerman (1986), « Would screening prevent the international spread of AIDS? » *Lancet* 2(8517): 1208-1209.

M Duckett, AJ Orkin (1989), « AIDS-related migration and travel policies and restrictions: a global survey », *AIDS* 3(Suppl 1): S231-S252.

N Gilmore, AJ Orkin, M Duckett, SA Grover (1989), « International travel and AIDS », *AIDS* 3(Suppl 1): S225-S230.

LO Gostin, PD Cleary, KH Mayer, AM Brand, EH Chittenden (1990), « Screening immigrants and international travelers for the human immunodeficiency virus », *New England Journal of Medicine* 322(24): 1743-1746.

G Goodwin-Gill (1996), « AIDS and HIV, Migrants and Refugees: International Legal and Human Rights Dimensions », in M Haour-Knipe, R Rector (éd.), *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*. London: Taylor and Francis, p. 50-69.

J-Y Carlier (2000), *La libre circulation des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Programme de lutte contre le VIH/sida de l'Union européenne dans les pays en développement*. Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes.

B Hoffmaster, T Schrecker (2000), *Analyse éthique de l'exclusion automatique des immigrants trouvés séropositifs au VIH*. Montréal: Réseau juridique canadien VIH/sida.

R Coker (2003), *Migration, public health and compulsory screening for TB and HIV*, Asylum and Migration Working Paper 1. London: Institute for Public Policy Research.

Examen de la littérature et conclusions des experts

G Hugo (2001), *Population, Mobility, and HIV/AIDS in Indonesia*. UNDP-SEAHIV, ILO, UNAIDS, AusAID.

http://www.hivdevelopment.org/Publications_english/Population%20Mobility.htm

Porte sur un important pays d'origine de migrants. Le rapport comporte dix pages sur des migrants rentrés avant la fin de leur contrat, parfois pour des raisons de santé. Il s'agit d'une des rares études portant explicitement sur les problèmes du retour.

Sujets abordés: Mobilité des populations et VIH

Lieu: Indonésie

Méthodologie: Examen de la littérature

Principales conclusions (en rapport avec un retour en raison du VIH): Les travailleurs réguliers se rendant à l'étranger subissent un examen médical qui ne comprend pas de dépistage du VIH. Certains sont testés à leur arrivée à destination ou par l'employeur. Le test peut être répété après six mois, puis au moment du renouvellement du contrat. Les travailleurs peuvent être renvoyés dans leur pays s'ils se révèlent séropositifs au VIH. Ils ne sont généralement pas informés de cette sérologie, mais apprennent seulement que leur examen médical n'a pas donné satisfaction. Les travailleurs en situation irrégulière ne passent pas de contrôle médical.

Les contrats sont généralement de trois ans, mais nombreux sont les travailleurs qui rentrent plus tôt, généralement pour des raisons de santé (de 12% à 60% de tous les travailleurs, selon les études). Une étude effectuée dans la province de Java-Ouest a montré que la moitié seulement rentraient après avoir achevé leur contrat, 9% parce qu'ils étaient malades. Les effets négatifs d'un retour prématuré comprennent notamment l'expérience elle-même pour le travailleur; le préjudice financier, en particulier lorsque le travailleur s'est endetté pour pouvoir voyager; et la mauvaise image des travailleurs indonésiens.

Des données recueillies en 1998 – 1999 à l'aéroport de Djakarta auprès de travailleurs de retour, pour la plupart du Moyen-Orient, ont montré qu'un tiers d'entre eux revenaient prématurément: un quart après moins d'un an; un dixième après moins de trois mois. Environ 5% sont rentrés pour des raisons de santé, mais l'examen médical à destination pourrait bien être la cause du retour de certains des rapatriés qui ont cité d'autres raisons (aucune information n'a été demandée concernant leur sérologie VIH).

Le rapport comprend des exemples d'articles infamants publiés dans les pays de destination (p. ex., la Malaisie, Singapour), où les travailleurs étrangers sont accusés d'introduire le VIH dans le pays.

Alana Klein (2001), *VIH/sida et immigration: Rapport final*. Montréal: Réseau juridique canadien VIH/sida.

<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=104>

Sujets abordés: Historique des restrictions censées protéger la santé publique et les finances publiques, à l'échelle internationale et au Canada; lois et politiques canadiennes; changements recommandés.

Lieu: Canada.

Méthodologie: Recherche concernant les questions juridiques; entretiens avec des informateurs clés; atelier de discussion; large consultation sur la première version du rapport.

Principales conclusions :

- ▶ Les avantages potentiels de l'imposition du test du VIH aux immigrants sont moindres que ses méfaits possibles.
- ▶ Toute exclusion d'un éventuel immigrant vivant avec le VIH faite en vertu de motifs de santé publique serait discriminatoire et non conforme aux pratiques de santé publique actuellement reconnues.
- ▶ Dans l'évaluation de la possibilité qu'un éventuel immigrant vivant avec le VIH/sida exerce une « demande excessive » sur les services sociaux et de santé, les circonstances personnelles de chaque individu doivent être prises en considération, et la demande ne devrait être considérée « excessive » que si le coût attendu en services gouvernementaux, estimé sur une courte période (d'au plus quelques années) dépasse la contribution financière estimée que le requérant en l'espèce ferait pendant la même période et si le coût l'emporte aussi sur les contributions sociales potentielles auxquelles on peut s'attendre de cette personne.
- ▶ Les éventuels immigrants vivant avec le VIH, et dont le cas présente des raisons convaincantes d'ordre humanitaire ou compassionnel pour être admis au Canada, devraient se voir accorder le statut de résidence permanente plutôt que de recevoir des permis plus précaires.
- ▶ Tous les obstacles d'ordre médical à l'admission des réfugiés devraient être abolis.

En ce qui concerne l'impact potentiel, le rapport indique que :

- ▶ Les tentatives d'exclure les voyageurs séropositifs au VIH sont inefficaces, engendrent un faux sentiment de sécurité et détournent des ressources des efforts nationaux de prévention.
- ▶ En prétendant que les immigrants vivant avec le VIH constituent une menace pour la santé publique au seul motif de leur état sérologique positif au VIH, et sans égard à leur comportement, on stigmatise non seulement les immigrants vivant avec le VIH, mais aussi tous les Canadiens vivant avec le VIH et tous les immigrants qu'ils soient ou non séropositifs.

Le rapport affirme également que l'exclusion des immigrants vivant avec le VIH :

- ▶ imposerait des épreuves personnelles, par exemple en incitant des familles à abandonner dans leur pays les membres de la famille atteints du VIH, qui pourraient y souffrir sans soins, sans traitement ni soutien familial.
- ▶ constituerait une discrimination illégale car de nombreuses personnes seraient exclues malgré qu'elles n'auraient pas d'activités à risque avec les citoyens du pays qui les exclurait.
- ▶ serait totalement disproportionnée par rapport à un quelconque avantage pour la protection de la santé publique.
- ▶ à partir de la supposition que toutes ces personnes entraîneraient une demande excessive pour les services sociaux et de santé, constituerait une généralisation injuste et serait discriminatoire à l'endroit de celles qui ne placeraient pas un fardeau excessif sur ces services.
- ▶ constituerait une pente glissante vers l'exclusion d'autres personnes plus susceptibles d'avoir besoin des services sociaux ou de santé, par exemple les personnes de plus de 50 ans ou les personnes chez lesquelles le dépistage génétique révèle un risque de maladie génétique coûteuse à traiter.

Voir aussi le document publié parallèlement à cet ouvrage : B Hoffmaster et T Schrecker (2000), *Analyse éthique de l'exclusion automatique des immigrants trouvés séropositifs au VIH*. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida.

All-Parliamentary Group on AIDS (2003), *Migration and HIV: Improving Lives in Britain: An enquiry into the impact of the UK nationality and immigration system on people living with HIV*. London: All-Parliamentary Group on AIDS.

Sujets abordés (entre autres): Difficultés rencontrées par les migrants vivant avec le VIH au Royaume-Uni; impact potentiel du dépistage obligatoire du VIH.

Lieu: Royaume-Uni.

Méthodologie: Séries d'audiences; témoignages d'experts.

Principales conclusions: En ce qui concerne les coûts éventuels, le rapport fait observer que le Service national de santé du Royaume-Uni est en difficulté, mais pour des raisons sans lien avec la migration. Les praticiens sont fréquemment confrontés à un dilemme éthique dans leur travail: faut-il soigner une personne vivant avec le VIH qui a besoin de soins, ou lui refuser un traitement si son statut vis-à-vis des services d'immigration ne lui donne pas droit à une prise en charge.

Avec l'augmentation de la prévalence du VIH à l'échelle mondiale, il est logique que le nombre de personnes séropositives arrivant au Royaume-Uni augmente aussi; il existe un «lien intrinsèque» reconnu entre la situation à l'échelle nationale et celle qui se déroule au niveau mondial. «Nous réussissons à relever efficacement ce défi lorsque nous pourrions assurer que ceux qui arrivent au Royaume-Uni déjà infectés par le VIH sont traités en temps utile et de manière efficace, et que dans le même temps, nous collaborons avec nos partenaires internationaux afin de mettre en place des systèmes de santé viables et un accès aux traitements à l'échelle mondiale» (p. 6).

Certains éléments des politiques d'asile et d'immigration – notamment les questions liées à l'accès des non-ressortissants aux soins de santé (communément appelé «tourisme médical») – ont été élaborés en réponse aux pressions des médias pilotés davantage par les préjugés et les peurs que par une évaluation factuelle. Une tradition du blâme entoure le VIH, notamment lorsqu'il est associé à des groupes considérés comme «vecteurs potentiels» et elle n'encourage pas les gens à se faire dépister ni à révéler leur sérologie, ce qui entraîne de graves conséquences pour la prévention et pour les soins.

Le rapport note que «les appels au dépistage obligatoire aggravent les craintes et la stigmatisation associées aux migrants et au VIH en ajoutant foi à la notion selon laquelle ces groupes constituent un danger dont il faut protéger la société et ne font que perpétuer la discrimination à leur encontre» (para. 30). Un tel climat d'hostilité pousse davantage les personnes vivant avec le VIH dans la clandestinité où elles deviennent de plus en plus vulnérables. Dépister le VIH chez les migrants avant leur entrée dans le pays pourrait susciter un faux sentiment de sécurité dans la population dans son ensemble qui pourrait bien conclure qu'il n'y a aucun risque de contracter le VIH et que seuls les migrants et les requérants d'asile courent ce risque. En désignant activement le VIH comme maladie qu'elles souhaitent maintenir hors du Royaume-Uni, les autorités risquent de dissuader ceux qui vivent déjà dans le pays de se faire tester. Ceci affaiblit un élément très important de la prévention du VIH à savoir, être prêt à se faire tester.

«L'alternative aux politiques d'exclusion qui s'efforcent de garder hors du pays les personnes vulnérables et marginalisées serait d'envisager des politiques fondées sur l'inclusion. Cela impliquerait la réduction des risques, l'encouragement à modifier des modes de vie associés à la maladie, l'éducation, le test et le conseil volontaires et la protection de la vie privée et des intérêts de la société. Des contrôles aux frontières sans exclusion peuvent contribuer à améliorer le diagnostic et les liens avec les services de santé et d'immigration, à faciliter l'accès et à renforcer les partenariats entre pays d'origine et de destination» (para. 61).

P Nieburg, JS Morrison, K Hofler, H Gayle (2007), *Moving beyond US government policy of inadmissibility of HIV-infected non-citizens*. Washington, DC: Center for Strategic and International Studies

Sujets abordés : L'interdiction d'entrée des personnes vivant avec le VIH imposée par les Etats-Unis, les enjeux et la raison d'être de cette politique au moment de son application en 1987; les efforts ultérieurs pour la modifier; les procédures actuelles concernant les demandes de visa et le processus de dérogation pour les diverses catégories de demandeurs; les options politiques. Comprend des notes de bas de page détaillées et une bibliographie de base concernant la question aux Etats-Unis.

Lieu : Etats-Unis d'Amérique.

Méthodologie : Examen par un tableau d'experts.

Principales conclusions : Les chiffres exacts concernant les personnes infectées par le VIH admises – ou non – suivant le système de dérogation actuel ne sont pas publics, mais selon les résumés annuels du Département d'Etat des Etats-Unis relatifs à l'inéligibilité au visa des immigrants et des non-immigrants, on peut estimer très approximativement que bien moins de 500 personnes par année se sont vu refuser l'entrée aux Etats-Unis en raison du VIH.

Le rapport note que l'argument de la santé publique pour justifier les restrictions, s'il fut jamais valide, ne l'est plus. Des études récentes portant sur des immigrants séropositifs aux Etats-Unis ont conclu qu'un grand nombre d'entre eux, sinon la plupart, ont été infectés après leur arrivée (voir aussi Harawa et al. ci-après). Les auteurs notent en outre qu'un quart des résidents des Etats-Unis vivant avec le VIH ne savent pas qu'ils sont infectés et la politique actuelle de non-admission peut engendrer un faux sentiment de sécurité. Les immigrants déjà légalement installés aux Etats-Unis peuvent être réticents à demander un test ou des soins liés au VIH car ils craignent d'être expulsés si les services d'immigration venaient à apprendre leur infection (voir Morin et al. ci-dessus).

En ce qui concerne les coûts potentiels, le rapport indique : « En admettant que les catégories actuelles de visa d'immigration restent essentiellement inchangées, et en admettant que les affidavits d'appui et les tests à la charge du Trésor public continuent à être exigés, il est difficile de croire qu'une politique plus libre d'admission des personnes infectées par le VIH aurait pour effet une forte augmentation du fardeau économique » (p. 13).

Concernant le leadership: « On s'accorde de plus en plus à penser que la politique actuelle consistant à exclure des demandeurs de visa qui seraient sinon éligibles parce qu'ils sont infectés par le VIH est contreproductive, fondée sur la discrimination et préjudiciable à la crédibilité et au leadership des Etats-Unis en matière de VIH/sida » (p. 11).

Evaluation des établissements et des pratiques de détention des immigrants

Les personnes vivant avec le VIH dont on a découvert la sérologie VIH à l'entrée dans un pays appliquant des restrictions liées au VIH, ou lors de l'administration périodique d'un test au cours de leur séjour, peuvent être placées dans des centres de détention en attendant leur expulsion. Un examen détaillé de l'impact de ce type de détention dépasse le champ de cette bibliographie, mais deux articles récemment publiés constituent une bonne base pour commencer à étudier cette question. Les deux documents décrivent les conditions lamentables de détention des immigrants, notamment un manque de soins de santé appropriés en général ainsi que plus particulièrement l'absence de soins liés au VIH.

Human Rights Watch (2007), « Chronic indifference – HIV/AIDS services for immigrants detained by the United States », *Human Rights Watch* 19(5G).

Sujets abordés: Détention des immigrants aux Etats-Unis; établissements et conditions de détention des immigrants; responsabilité; normes juridiques; accès au traitement du VIH et du sida dans les centres de détention; recommandations.

Lieu: Etats-Unis d'Amérique.

Méthodologie: Entretien avec des personnes actuellement en détention, d'anciens détenus, et des fonctionnaires du Département de la sécurité intérieure et des établissements de détention; examen médical indépendant des traitements fournis.

Principales conclusions: Au moment de la publication du rapport, les Etats-Unis détenaient près de 28 000 immigrants dans des centres fédéraux de détention, des prisons privées et des prisons centrales. Il s'agissait de sans papiers, de résidents permanents légaux, de requérants d'asile, de familles et d'enfants non-accompagnés. La détention obligatoire avait été élargie pour comprendre non seulement les gens accusés de « crimes avec circonstances aggravantes » mais de tout délit impliquant une « turpitude morale », expression interprétée pour justifier la détention et l'expulsion de personnes coupables de vol à l'étalage, conduite en état d'ivresse et d'infraction mineure à la loi sur les stupéfiants.

Les personnes soumises à l'interdiction pour cause de VIH aux Etats-Unis peuvent aussi être détenues en attendant qu'une décision soit prise concernant une dérogation. Les personnes non éligibles à une dérogation peuvent aussi être détenues en attendant les mesures de renvoi.

L'enquête sur les soins liés au VIH et au sida destinés aux immigrants a révélé que les établissements de détention négligeaient de :

- ▶ Distribuer de manière régulière des traitements antirétroviraux complets (créant ainsi un risque de pharmacorésistance qui met en danger la santé du détenu et peut avoir des conséquences pour la santé publique) ;
- ▶ Contrôler convenablement l'état clinique des détenus ;
- ▶ Prescrire des médicaments prophylactiques lorsqu'ils sont indiqués ;
- ▶ Assurer la continuité des soins lorsque les détenus sont transférés d'un établissement à l'autre, y compris l'accès à des soins spécialisés ;
- ▶ Garantir la confidentialité des soins médicaux, exposant ainsi les détenus à la discrimination et au harcèlement.

Les politiques et procédures se sont révélées contradictoires, confuses et incomplètes et non conformes aux directives nationales et internationales en matière de prise en charge du VIH et du sida dans les établissements pénitentiaires.

Voir aussi: American Civil Liberties Union of New Jersey (2007), Behind Bars: The Failure of the Department of Homeland Security to Ensure Adequate Treatment of Immigration Detainees in New Jersey.

<http://www.aclu-nj.org/downloads/051507DetentionReport.pdf>

Treatment Action Campaign (2008), « Special report on systematic abuse of immigrants », *Equal Treatment* 25: 4-27.

<http://www.tac.org.za/community/files/file/et25.pdf>

Ce numéro spécial du bulletin de la Campagne d'action en faveur des traitements, *Equal Treatment*, publié en juin 2008, met en évidence les mauvais traitements systématiques infligés aux immigrants dans les centres de détention sud-africains, ainsi que les graves insuffisances des soins et des conditions sanitaires.

C. Recherches indirectement liées à l'impact

Les deux sections précédentes traitaient des études portant directement sur l'impact des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH, ainsi que des études d'experts portant sur la question de manière plus indirecte. Comme on l'a déjà noté, bien peu d'études sont entièrement axées sur l'impact de ces restrictions. La présente section traite de l'examen d'autres questions susceptibles d'être pertinentes à une évaluation des effets.

Depuis les premiers essais d'analyse des restrictions liées au VIH et de leurs conséquences, quelle que soit la manière dont elles sont formulées, les principaux arguments en leur défaveur⁸ relèvent qu'elles sont :

- ▶ Inefficaces ;
- ▶ Contreproductives ; et
- ▶ Coûteuses.

Cette section présente des recherches liées à ce type d'argument. Chacun des thèmes pourrait faire l'objet d'une étude particulière ou d'un examen détaillé de la littérature. Le matériel présenté ici n'est pas exhaustif, mais a pour but de proposer des idées et de stimuler la réflexion.

Les restrictions au voyage sont inefficaces

Plusieurs raisons ont été avancées pour montrer que les restrictions au voyage sont inefficaces, notamment :

- ▶ Le VIH est déjà présent dans tous les pays. Les rapports épidémiologiques annuels de l'ONUSIDA/Organisation mondiale de la santé l'ont montré depuis un certain temps déjà : les études de la propagation des sous-types de VIH sont un moyen reposant sur des données de mesurer la distribution du VIH à l'échelle mondiale.
- ▶ Les personnes auxquelles les restrictions au voyage *ne s'appliquent pas* (p. ex., les ressortissants rentrant au pays ou les touristes) amènent le VIH avec eux dans les pays. On sait, depuis le début de l'épidémie, que le VIH peut être amené par des ressortissants rentrant au pays après leur période de travail à l'étranger ainsi que par des personnes en mouvement pour d'autres raisons. Un nombre croissant d'études examinent le tourisme dans ses rapports avec le VIH. Cependant, étant donné l'importance des revenus du tourisme, rares sont les pays qui interdisent l'entrée des touristes.
- ▶ Les immigrants sont infectés après leur arrivée dans les pays de destination. La vulnérabilité au VIH associée à la migration est décrite dans plusieurs publications. Certaines des études portant sur les lieux où les migrants pourraient avoir été infectés et dans quelles conditions figurent ci-après.

⁸ Voir le *Rapport de la Cellule internationale de réflexion sur les restrictions au voyage liées au VIH: Conclusions et Recommandations*, disponible sur www.unaids.org, pour les références pertinentes.

Etudes sur la propagation des sous-types de VIH

MM Thomson, R Najera (2001), « Travel and the introduction of human immunodeficiency virus type 1 non-B subtype genetic forms into Western countries », *Clinical Infectious Diseases* 32(12): 1732-1737.

L Perrin, L Kaiser, S Yerly (2003), « Travel and the spread of HIV-1 genetic variants », *Lancet Infectious Diseases* 3(1): 22-27.

JM Achkar, ST Burda, FA Konings, MM Urbanski, CA Williams, D Seifen, MN Kahirimbanyi, M Vogler, M Parta, HC Lupatkin, S Zolla-Pazner, PN Nyambi (2004), « Infection with HIV type 1 group M non-B subtypes in individuals living in New York City », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 36(3): 835-844.

L Buonaguro, M Tagliamonte, M Tornesello, F Buonaguro (2007), « Genetic and phylogenetic evolution of HIV-1 in a low subtype heterogeneity epidemic: the Italian experience », *Retrovirology* 4:34.

Sujets abordés: Distribution des sous-types viraux.

Lieu: Partout au monde.

Méthodologie: Examens (Thomson et Najera; Perrin et al.); analyse génétique de maladies susceptibles d'avoir un sous-type non-B (Achkar et al.)

Principales conclusions: « La propagation de la pandémie de VIH-1 dans le monde est essentiellement un récit de voyage dont les épisodes peuvent être retracés au moyen d'outils épidémiologiques et moléculaires » (Perrin et al., p. 22). Tous les articles font état de la présence de toute une gamme de sous-types génétiques dans les pays du monde entier, de nouvelles formes de VIH étant transportées par des voyageurs infectés dans d'autres régions.

Les deux articles examinés notent que certains groupes de voyageurs risquent de transporter des sous-types VIH dans de nouvelles régions, accroissant ainsi la diversité du VIH-1 dans le monde. A part les immigrants, il s'agit notamment des militaires, des touristes, des marins, des routiers, des expatriés, des diplomates et des hommes d'affaires. De plus, Perrin et al. notent que dans les grands pays, comme l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, la Fédération de Russie et l'Inde, les migrants internes contribuent largement à l'augmentation de la diversité du VIH-1. Il est particulièrement intéressant de noter ici qu'il est difficile de toucher la plupart des groupes ci-dessus par des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH.

Les deux études relèvent en outre qu'à Cuba, de nouvelles souches de VIH ont probablement été introduites par les troupes cubaines qui, en grand nombre, avaient servi en Angola dans les années 1970 et 1980 et par les conseillers et autres coopérants ayant servi dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Plus récemment, Cuba est devenu une destination privilégiée des touristes d'Europe occidentale, ce qui engendre d'autres occasions de mélanger les sous-types en l'absence d'une prévention VIH efficace.

Voyageurs et VIH

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

« De l'époque des Huns et des Vikings à nos jours, des chefs militaires et paramilitaires sans scrupules ont utilisé le sexe pour encourager leurs hommes à traverser des déserts, ramer sur des océans et affronter toutes sortes d'autres périls... les voyages se sont remarquablement démocratisés : des destinations exotiques sont maintenant accessibles à une vaste majorité des ressortissants des pays développés, hommes et femmes, jeunes et vieux. Cependant, le sexe reste le sexe et bien des gens sont prêts à faire des choses étonnamment stupides pour s'y adonner » (Ward & Plourde, p. 300).

Sujets abordés : Comportement sexuel à risque dans le contexte des voyages et de la mobilité.

Lieu : Partout dans le monde.

Méthodologie : Examen détaillé d'un article (bibliographie comportant 178 titres).

Principales conclusions : L'anonymat du voyage, un sentiment d'isolement engendré par un environnement inconnu et le désir de vivre des expériences uniques incitent les voyageurs à se défaire de leurs inhibitions sociales et sexuelles. Plusieurs études rapportent que les relations sexuelles occasionnelles au cours d'un voyage vont de 5 % à 51 %. A présent, les femmes aussi bien que les hommes déclarent avoir des rapports sexuels lors de voyages, avec cependant des différences quantitatives et qualitatives de comportement.

Les individus qui rencontrent de nouveaux partenaires sexuels au cours de leurs voyages, notamment ceux et celles qui paient pour ces rencontres ou ont des partenaires occasionnels multiples à l'étranger sont exposés au risque de contracter une vaste gamme d'infections sexuellement transmissibles. D'après l'examen de la littérature, les voyageurs exposés à un risque particulièrement élevé sont notamment : les expatriés, les voyageurs rentrant au pays pour y rendre visite à leur famille et parents, les militaires, les marins et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

MA Schuhwerk, J Richens, JN Zuckerman (2006), « HIV and travel », *Travel Medicine and Infectious Disease* 4(3-4):174-183.

Ces auteurs britanniques expliquent qu'il existe une forte demande de voyage parmi les personnes positives au VIH. Ils constatent que ceux qui ont bénéficié des progrès de la thérapie antirétrovirale vivent plus longtemps, ont une meilleure qualité de vie et un risque réduit d'infections opportunistes. Une autre raison avancée par ces auteurs, c'est que les personnes au stade avancé de la maladie peuvent être très désireuses de faire un dernier voyage pendant le temps qui leur reste.

Expatriés de retour au pays

Il existe de nombreuses études portant sur le VIH ramené dans les pays occidentaux par des expatriés de retour au pays, à commencer par l'article de Vittecoq en 1987, sur 17 malades français infectés en Afrique centrale⁹. Voir par exemple :

⁹ D Vittecoq, T May, RT Roue, M Stern, C Mayaud, P Chavanet, F Borsa, P Jeantils, M Armengaud, J Modai (1987), « Acquired immunodeficiency syndrome after travelling in Africa: an epidemiological study in seventeen Caucasian patients », *Lancet* 1(8533):612-615.

F Kane, M Alary, I Ndoye, AM Coll, S M'Boup, A Gueye, PJ Kanki, JR Joly (1993), « Temporary expatriation is related to HIV-1 infection in rural Senegal », *AIDS* 7(9): 1261-1265.

R de Graaf, G van Zessen, H Houweling, RJ Ligthelm, R van den Akker (1997), « Sexual risk of HIV infection among expatriates posted in AIDS endemic areas », *AIDS* 11(9): 1173-1181.

ME Jones (1999), « HIV and the returning expatriate », *Journal of Travel Medicine* 6(2): 99-106.

Routiers

Un grand nombre d'études se sont penchées sur le risque et la vulnérabilité liés au VIH chez les routiers. Voir par exemple :

Synergy Project (2000), *Putting on the brakes*. <http://www.synergyaids.com/documents/Submoduletruckers.pdf>

D Stratford, TV Ellerbrock, JK Akins, HL Hall (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.

Organisation internationale pour les migrations et ONUSIDA (2005), *HIV and Mobile Workers: A review of risks and programmes among truckers in West Africa*. Genève: OIM
<http://siteresources.worldbank.org/INTTSR/Resources/4626131135099994537/MIL6010070.pdf>

SA Lippman, J Pulerwitz, M Chinaglia, A Hubbard, A Reingold, J Diaz (2007), « Mobility and its liminal context: exploring sexual partnering among truck drivers crossing the southern Brazilian border », *Social Science and Medicine* 65(12): 2464-2473.

Immigrants, migrants et VIH

NT Harawa, TA Bingham, SD Cochran, S Greenland, WE Cunningham (2002), « HIV prevalence among foreign- and US-born clients of public STD clinics », *American Journal of Public Health* 92(12): 1958-1963.

Sujets abordés: Différences en matière de séroprévalence et chronologie probable de l'infection à VIH par région de naissance.

Lieu: Comté de Los Angeles (États-Unis d'Amérique).

Méthodologie: Analyse de données non corrélées sur des anticorps anti-VIH dans 61 120 échantillons provenant du dépistage systématique de la syphilis parmi les personnes fréquentant sept dispensaires de prise en charge des infections sexuellement transmissibles, 1993-1999.

Principales conclusions: 38% (n=23 310) des patients sont nés à l'étranger et 62% (n=37 810) aux États-Unis. Le pourcentage le plus élevé de clients nés à l'étranger (87%, n=20 208) sont originaires d'Amérique centrale et du Mexique.

Les clients séropositifs au VIH de toutes les régions, sauf deux, sont arrivés vers la fin de leur adolescence ou au début de la vingtaine et ont vécu 12 ans en moyenne aux Etats-Unis. Etant donné que la durée médiane entre l'infection à VIH et le diagnostic de sida chez les cas non traités est de 10 à 12 ans, et que la plus forte proportion des cas de sida avérés se trouve chez des personnes âgées de 30 à 39 ans (indiquant généralement une infection au cours de la vingtaine), les données suggèrent que la plupart des clients positifs au VIH des dispensaires de prise en charge des infections sexuellement transmissibles ont été infectés après avoir immigré aux Etats-Unis.

Par contraste avec les autres clients nés à l'étranger, les clients nés en Afrique subsaharienne ont immigré à des âges plus avancés et passé moins d'années aux Etats-Unis. Ces schémas divergents sont probablement dus à la loi sur l'immigration de 1990 qui a entraîné une importante augmentation de l'immigration africaine au cours des années 1990¹⁰. Il semble donc raisonnable de supposer qu'une majorité de clients positifs au VIH de cette région ont été infectés dans leur pays d'origine. (Il faut toutefois noter que l'article ne traite pas de la manière dont les migrants vivant avec le VIH ont été admis aux Etats-Unis. Il se pourrait qu'ils aient subi un dépistage obligatoire, mais qu'ils aient été autorisés à entrer dans le pays en dépit de leur sérologie.)

Voir aussi :

TM Painter (2008), « Connecting the dots: when the risks of HIV/STD infection appear high but the burden of infection is not known—the case of male Latino migrants in the southern United States », *AIDS and Behavior* 12(2): 213-226.

Cet article examine la littérature relative aux facteurs de risque de VIH chez les immigrants hispaniques dans six Etats du sud des Etats-Unis, qui connaissent depuis peu une augmentation rapide du nombre de jeunes hommes nés à l'étranger arrivant dans les communautés de destination sans partenaires féminins.

MG Shedlin, E Drucker, CU Decena, S Hoffman, G Bhattacharya, S Beckford, R Barreras (2006), « Immigration and HIV/AIDS in the New York Metropolitan Area », *Journal of Urban Health* 83(1): 43-58.

Cet article porte sur trois populations différentes de migrants à New York (nouveaux immigrants hispaniques de la République dominicaine, du Mexique et d'Amérique centrale ; immigrants de la Jamaïque, de la Trinité-et-Tobago et autres pays anglophones des Caraïbes ; et immigrants d'Asie du Sud venus de l'Inde) et examine les différences et les points communs dans les facteurs sociaux, psychologiques et comportementaux qui contribuent à une augmentation de la vulnérabilité au VIH et au sida.

EE Foley (2005), « HIV/AIDS and African immigrant women in Philadelphia: structural and cultural barriers to care », *AIDS Care* 17(8): 1030-1043.

L'auteur de cette étude relève que, contrairement aux réfugiés installés ou aux requérants d'asile, les visiteurs internationaux qui obtiennent un visa de touriste, d'étudiant ou d'affaires pour entrer aux Etats-Unis ne sont pas obligés de subir un dépistage du VIH dans le cadre du processus de

¹⁰ AP Lobo (2001), « US diversity visas are attracting Africa's best and brightest », *Population Today* 29:1-2, cité dans Harawa et al.

demande de visa¹¹. Les femmes enceintes peuvent obtenir des consultations prénatales gratuites à Philadelphie si elles y résident. Le test VIH est maintenant systématiquement intégré aux soins prénatals et c'est souvent dans ce contexte que les femmes africaines se révèlent positives.

Cette étude qualitative a mis en évidence plusieurs des problèmes rencontrés par ces femmes, dont certains sont pertinents au présent document. Il s'agit notamment de la crainte que leur inspire le système de santé américain; du déni du risque de sida; de la stigmatisation due au VIH et au fait d'être Africaine; et du manque de compréhension culturelle teintée de racisme de la part des prestataires de soins. D'autre part, l'étude décrit d'autres prestataires de soins qui trouvent les moyens d'aider des patientes avec ou sans papiers et qui n'ont pas d'assurance maladie. L'attitude des femmes à l'égard du test et du traitement aux États-Unis est déterminée par l'absence de traitement antirétroviral et les taux élevés de mortalité dans leur pays d'origine.

L Doyal, J Anderson (2005), « 'My fear is to fall in love again...' how HIV-positive African women survive in London », *Social Science and Medicine* 60(8): 1729-1738.

Ces auteurs, qui ont publié plusieurs articles décrivant leurs recherches sur des femmes sous traitement antirétroviral à Londres, font état d'expériences similaires à celles vécues aux États-Unis.

FF Hamers, I Devaux, J Alix, A Nardone (2006), « HIV/AIDS in Europe: trends and EU-wide priorities », *Euro Surveillance* 11(11): E061123.

Le Centre européen de lutte contre les maladies a constaté qu'une proportion croissante des nouvelles infections hétérosexuelles à VIH notifiées en Europe est diagnostiquée chez des immigrants et recommande d'élargir le test VIH volontaire et de fournir des services consacrés aux communautés de migrants.

Etudes montrant un rapport entre la migration – souvent la migration circulaire – et la propagation du VIH dans différentes régions d'Afrique

JR Glynn, J Ponnighaus, AC Crampin, F Sibande, L Sichali, P Nkhosa, P Broadbent, PE Fine (2001), « The development of the HIV epidemic in Karonga District, Malawi », *AIDS* 15(15): 2025-2029.

Cette étude des facteurs sociodémographiques de risque d'infection à VIH au cours des premiers stades de l'épidémie utilise une stratégie comparable à celle de Harawa et al. ci-dessus. Dans ce cas, les échantillons de sang prélevés entre 1981 et 1989 dans un autre but (une étude sur la lèpre) ont été analysés. L'étude a été effectuée dans une zone rurale ne contenant qu'une petite ville et à proximité de deux frontières avec d'autres pays. Une route principale a été construite dans le district en 1988, et il y a un petit port sur le lac Malawi. Deux enquêtes démographiques complètes ont été réalisées au moment où les échantillons étaient prélevés pour l'étude sur la lèpre, comprenant des informations concernant les lieux de résidence antérieurs et les variables socio-économiques.

¹¹ Cette observation illustre l'une des difficultés rencontrées pour appliquer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH – et pour en examiner les effets. Si au moment où l'étude a été réalisée ces visiteurs n'étaient pas obligés de faire un test VIH pour obtenir leur visa, ils devaient néanmoins répondre à une question spécifique concernant une éventuelle « maladie transmissible d'importance pour la santé publique ». Ceux qui se savaient positifs au VIH pouvaient demander une « dérogation d'inadmissibilité liée au VIH ». Ces dérogations pouvaient être ou non accordées sur une base discrétionnaire et au cas par cas (voir Nieburg et al., 2007, pour une description des règlements et procédures pour les diverses catégories de demandeurs). Ceux qui étaient infectés par le VIH mais ne le savaient pas ont donc pu entrer dans le pays.

L'analyse rétrospective a montré qu'au début des années 1980, huit personnes positives au VIH sur 11 étaient soit de nouveaux immigrants dans le district ou étaient récemment revenus dans la région. A la fin des années 1980, l'immigration comme le fait d'avoir passé du temps hors du district, étaient toujours d'importants facteurs de risque de VIH. La prévalence du VIH était plus élevée parmi les personnes de situation socio-économique supérieure, celles qui vivaient dans les plus belles maisons et ne travaillaient pas dans l'agriculture de subsistance – en d'autres termes, parmi celles dont les ressources économiques leur permettaient de voyager. Les autres groupes exposés à un risque accru de VIH étaient composés de journaliers et de personnes vivant dans des abris temporaires, généralement tous itinérants.

E Lagarde, M Schim van der Loeff, C Enel, B Holmgren, R Dray-Spira, G Pison, JP Piau, V Delaunay, S M'Boup, I Ndoye, M Curet-Pellicer, H Whittle, P Aaby for the MECORA group (2003), « Mobility and the spread of human immunodeficiency virus into rural areas of West Africa », *International Journal of Epidemiology* 32(5): 744-752.

C Kishamawe, DC Vissers, M Urassa, R Isingo, G Mwaluko, GJ Borsboom, HA Voeten, B Zaba, JD Habbema, SJ de Vlas (2006), « Mobility and HIV in Tanzanian couples: both mobile persons and their partners show increased risk », *AIDS* 20(4):601-608.

M Lurie (2006), « Migrant labour and AIDS: challenging common assumptions. Mobility and HIV/AIDS », in B Dodson, J Crush, *Southern African Migration Project* 6.

Lurie et ses collègues, qui ont réalisé au cours des années plusieurs études sur des migrants circulaires en Afrique australe, ont mis en question l'hypothèse fréquemment avancée selon laquelle ce sont les travailleurs migrants de sexe masculin qui contractent une infection lorsqu'ils sont loin de leur foyer et qui infectent leurs partenaires à leur retour. Dans des études de couples sérodifférents dans des régions à forte prévalence et à des stades avancés de l'épidémie, il est fréquent que ce soit la femme restée au foyer qui est séropositive au VIH. Une explication possible de ce résultat serait que certaines femmes n'ont pas d'autre choix que d'échanger des faveurs sexuelles pour survivre ou pour le plaisir.

Etudes examinant le risque d'infection chez les migrants ou autres personnes revenant en visite dans leur pays, territoire ou zone d'origine à forte prévalence.

KA Fenton, M Chinouya, O Davidson, A Copas (2001), « HIV transmission risk among sub-Saharan Africans in London travelling to their countries of origin », *AIDS* 15(11): 1442-1445.

MA Kramer, A van den Hoek, RA Coutinho, M Prins (2005), « Sexual risk behaviour among Surinamese and Antillean migrants travelling to their countries of origin », *Sexually Transmitted Infections* 81(6): 508-510.

CC O'Connor, LM Wen, C Rissel, M Shaw (2007), « Sexual behaviour and risk in Vietnamese men living in metropolitan Sydney », *Sexually Transmitted Infections* 83(2): 147-150.

Le point essentiel de ces trois études, c'est que le VIH peut être transporté d'un lieu à un autre par des personnes qui ne sont pas susceptibles d'être affectées par des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH, y compris les immigrants infectés après être arrivés

légalement dans un pays de destination, les migrants circulaires (y compris ceux qui ne traversent pas nécessairement de frontières internationales) et les migrants rentrant au pays pour des visites.

Les restrictions au voyage sont contreproductives

Tout semble indiquer que les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH sont contreproductives: elles engendrent la méfiance, accroissent la stigmatisation des migrants et des étrangers, poussent les individus dans la clandestinité et créent un faux sentiment de sécurité pour les ressortissants du pays qui sont encouragés à penser que le sida est un problème «pour étrangers».

Pour examiner le rôle de la méfiance et de la peur dans le retard apporté à la prise en charge, la bibliographie comprend des études qui dépassent le cadre du VIH, et qui portent sur la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles, en prêtant une attention particulière au vécu des migrants.

Il existe de nombreux exemples d'études portant sur le risque de VIH dans des populations qui échappent aux contrôles officiels; notre travail s'est axé sur une étude récemment publiée au Bangladesh, où les déplacements transfrontaliers de deux ou trois populations cachées dans des régions où la prévalence du VIH est variable, engendrent une situation de risque potentiellement explosif.

La présente sous-section se termine sur un exemple frappant de faux sentiment de sécurité lorsque les jeunes pensent que ces restrictions vont maintenir le VIH hors de leur pays et que le sida n'est par conséquent pas un problème qui les concerne.

Immigrants et prise en charge de la tuberculose et des infections sexuellement transmissibles

S Asch, B Leake, L Gelberg (1994), « Does fear of immigration authorities deter tuberculosis patients from seeking care? », *Western Journal of Medicine* 161(4):373-376.

S Asch, S Rulnick, C Todoroff, G Richwald (1996), « Potential impact of restricting STD/HIV care for immigrants in Los Angeles County », *International Journal of STD and AIDS* 7(7): 532-535.

S Asch, B Leake, R Anderson, L Gelberg (1998), « Why do symptomatic patients delay obtaining care for tuberculosis? » *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 157(4 Pt1): 1244-1248.

Sujets abordés: Accès aux soins des malades atteints de tuberculose et d'infections sexuellement transmissibles fréquentant les établissements publics d'un comté à forte proportion d'immigrants.

Lieu: Los Angeles (Etats-Unis d'Amérique).

Méthodologie: Enquête auprès de 313 patients atteints de tuberculose active (1994); enquête auprès de 234 patients fréquentant des dispensaires IST (1996); entretiens avec 313 malades atteints de tuberculose (1998).

Principales conclusions :

- ▶ Il arrive que les immigrants illégaux tardent à demander une prise en charge de leurs symptômes de tuberculose par crainte des services d'immigration (1994).
- ▶ Si des mesures interdisant aux résidents immigrants illégaux de bénéficier des services de santé sauf en cas d'urgence sont appliquées, il est fort probable que ceux-ci décideront soit de renoncer au traitement soit de l'obtenir auprès de sources offrant des soins inappropriés pour les maladies sexuellement transmissibles. Ces maladies non traitées provoqueront des cas de morbidité évitables à savoir, inflammation pelvienne, infection périnatale, issues défavorables de la grossesse et propagation de la maladie (1996).
- ▶ Chez les personnes atteintes de tuberculose déclarant avoir tardé plus de 60 jours après le début des symptômes à se faire soigner, ce retard était fortement lié à la crainte d'avoir à affronter les services d'immigration. Durant cette période, les malades exposaient en moyenne huit autres personnes à la tuberculose (1998).

Populations en mouvement et confiance dans les autorités sanitaires

Comme pour plusieurs autres chapitres de cette bibliographie, la présente section sur la confiance et la santé publique en ce qu'elles touchent les immigrants ou les minorités mériterait un examen beaucoup plus détaillé que le nôtre. Comme point de départ, on peut se référer à la tristement célèbre étude de Tuskegee sur la syphilis non soignée, qui a gravement entamé la crédibilité des autorités de la santé publique auprès des Afro-Américains et qui a eu des conséquences pour la prévention du VIH et l'accès aux soins pendant plus d'une génération¹².

Plusieurs des études déjà présentées dans cette bibliographie ont abordé ces questions de confiance, comme l'ont fait les études européennes concernant le sida et la migration. L'étude suivante constitue une bonne base d'information sur la question :

Audrey Prost (2005), *A Review of Research Among Black African Communities Affected by HIV in the UK and Europe*. Glasgow: Medical Research Council, Social and Public Health Sciences Unit. Occasional Paper No. 15.

<http://www.sphsu.mrc.ac.uk/files/File/library/occasional/OP015.pdf>

Populations en mouvement échappant aux contrôles officiels

R Gazi, A Mercer, T Wansom, H Kabir, NC Saha, T Azim (2008), « An assessment of vulnerability to HIV infection of boatmen in Teknaf, Bangladesh », *Conflict and Health* 2:5.

Sujets abordés : *Comportements à risque parmi les passeurs navigant entre le Myanmar et le Bangladesh.*

Lieu : *Une petite ville à l'extrémité sud du Bangladesh, séparée du Myanmar par la rivière Naf, qui constitue le principal point de traversée pour ceux qui voyagent fréquemment entre le Bangladesh et le Myanmar. La ville qui compte environ 23 000 habitants est un lieu touristique en pleine expansion.*

Méthodologie : *Etablissement de bons rapports avec les membres de la communauté; cartographie; entretiens poussés avec des informateurs clés et des membres d'autres groupes vulnérables (épouses des passeurs, professionnelles du sexe et consommateurs de drogues injectables); questions posées oralement à 433 passeurs.*

¹² Voir SB Thomas, SC Quinn (1991), « The Tuskegee Syphilis Study, 1932 to 1972: implications for HIV education and AIDS risk education programs in the black community », *American Journal of Public Health* 81(11): 1498-1505. Voir aussi VS Freimuth, SC Quinn, SB Thomas, G Cole, E Zook, T Duncan (2001), « African Americans' views on research and the Tuskegee Syphilis Study », *Social Science and Medicine* 52(5): 797-808.

Principales conclusions: Quelque 22 000 réfugiés birmans vivent dans des camps sur la rive bangladaise, mais bien d'autres personnes sont sans papiers et vivent dans des conditions misérables, tentant de survivre par la pêche, la navigation, la contrebande et le commerce du sexe. Le Bangladesh n'accorde ni aux réfugiés officiels ni aux autres la citoyenneté, ce qui rend apatride la vaste majorité de la population permanente de cette zone frontrière.

On a également relevé une augmentation du nombre de personnes faisant des allées et venues entre le Bangladesh et le Myanmar. La frontière reste très perméable malgré les efforts de réglementation déployés des deux côtés. Plus de 40 % des passeurs questionnés se sont rendus au Myanmar dans le cadre de leur travail. 17 % d'entre eux ont eu des rapports sexuels rémunérés pendant leur séjour à l'étranger; 19 % de tous les enquêtés ont eu des rapports sexuels avec un homme l'année précédente; 14 % ont participé à des activités sexuelles en groupe, ces groupes allant de trois à quatorze personnes. Le recours au préservatif était rare, quel que soit le type de partenariat sexuel.

Trois passeurs seulement ont indiqué avoir déjà consommé des drogues injectables, mais les consommateurs de drogues injectables ont déclaré dans des entretiens avoir parfois partagé leur matériel d'injection avec des passeurs. Les personnes interrogées ne savaient pas grand chose concernant la transmission du VIH et avaient peu conscience du risque personnel de contracter une infection à VIH.

Les auteurs concluent qu'il existe un risque important que ces passeurs infectés par le virus le transmettent à leur épouse et à leurs autres partenaires sexuels (masculins et féminins) dans leurs communautés. Les professionnelles du sexe qui, localement, comptent des passeurs comme clients sont exposées à un risque plus élevé encore. Ce sont pour la plupart des immigrées sans papier venues du Myanmar, qui sont extrêmement marginalisées et ont bien peu de pouvoir pour négocier l'utilisation du préservatif.

Restrictions au voyage et idées que s'en fait la population : un faux sentiment de sécurité

M Ganczak, P Barss, F Alfaresi, S Almazrouei, A Muraddad, F Al-Maskari (2007), « Break the silence: HIV/AIDS knowledge, attitudes, and educational needs among Arab university students in United Arab Emirates », *Journal of Adolescent Health* 40(6): 572-578.

Sujets abordés: Connaissances et attitudes des étudiants concernant le VIH.

Lieu: Al Ain (Emirats arabes unis).

Méthodologie: Questionnaire écrit sur les connaissances/attitudes/pratiques/comportements, soumis à 267 étudiants de première année d'études universitaires (2005).

Principales conclusions: Les étudiants se sont avérés avoir de nombreuses idées erronées concernant la transmission du VIH (qu'on peut par exemple être contaminé en mangeant des « aliments infectés par le VIH » ou en utilisant un peigne qui n'est pas à soi), et une attitude hostile et intolérante envers les personnes vivant avec le VIH. En ce qui concerne les restrictions d'entrée dans le pays, 97 % des personnes interrogées estiment que les personnes entrant aux Emirats arabes unis doivent être testées.

Le dépistage VIH à l'entrée est obligatoire pour tous les travailleurs étrangers alors que les touristes et les professionnel(le)s du sexe en possession d'un visa de tourisme en sont exemptés¹³. Les auteurs font observer qu'il est possible que les étudiants croient, de manière erronée, que le dépistage universel pour les étrangers arrêterait la transmission du virus au sein de leur propre société.

¹³ Les auteurs notent que tant que le commerce du sexe est considéré comme illégal, il ne sera guère facile d'instaurer le dépistage VIH obligatoire des professionnel(le)s du sexe.

Cet article met en évidence plusieurs facteurs de risque potentiels pour les jeunes vivant aux Emirats arabes unis : un développement rapide et récent, avec une ouverture de la société aux travailleurs et touristes étrangers qui apportent des valeurs et points de vue nouveaux ; une facilité grandissante à utiliser les moyens de transport et de communication internationaux ; l'influence des médias ; de larges écarts de revenus ; l'influence décroissante de la famille et de la religion, qui engendre un changement rapide dans les valeurs familiales, culturelles et religieuses. Les conflits dans d'autres pays et les déplacements de populations qui en découlent ont été associés à la traite des jeunes femmes à l'intérieur des Emirats arabes unis et ailleurs. En outre, les auteurs observent que les citoyens des Emirats arabes unis peuvent avoir des comportements à risque lors de voyages dans des pays à prévalence plus élevée. La consommation de drogues injectables, que l'on juge actuellement peu répandue, devrait augmenter en raison de la forte prévalence dans certains des pays voisins.

Voir aussi : KMA Al Mulla, RNH Pugh, MM Hossain, RH Behrens (1996), «Travel-related AIDS awareness among young Gulf Arab men», *Journal of Travel Medicine* 3(4): 224-226.

Examen des coûts et avantages

Les arguments avancés concernant les coûts et avantages de l'interdiction d'entrée, de séjour et de résidence des non-ressortissants infectés par le VIH sont, pour de nombreuses raisons, extrêmement complexes. Par exemple, les coûts ne sont pas tous à la charge de l'Etat : c'est le candidat au voyage ou à la migration qui doit s'acquitter du coût du test VIH qui lui est imposé. De plus, l'estimation du coût potentiel des soins de santé pour les migrants, qu'ils soient infectés ou non par le VIH, dépend largement du système de santé du pays de destination, selon que le financement des services de santé est essentiellement public ou qu'il existe un recours plus important à des systèmes d'assurance maladie privés. Sans compter que la situation évolue rapidement, avec la baisse du coût des médicaments antirétroviraux de première intention (bien que cette baisse atteigne des niveaux différents selon les pays).

Couvrir l'ensemble de la littérature de plus en plus vaste sur le coût des soins VIH dépasse le cadre du présent rapport, mais un article sur le coût de la santé pour les migrants aux Etats-Unis est examiné à titre d'exemple et de point de départ à la suite duquel d'autres avenues de recherche sont indiquées.

Coûts et avantages de l'immigration en matière de santé

SA Mohanty, S Woolhandler, DU Himmelstein, S Pati, O Carrasquillo, DH Bor (2005), « Health care expenditures of immigrants in the United States: a nationally representative analysis », *American Journal of Public Health* 95(8): 1431-1438.

Sujets abordés : Dépenses médicales (immigrés par rapport aux personnes nées aux Etats-Unis).

Lieu : Etats-Unis d'Amérique.

Méthodologie : Analyse des données de 1998 sur les dépenses de santé, les admissions aux urgences, les consultations chez un médecin, les soins ambulatoires, les soins en établissement et les médicaments délivrés sous ordonnance concernant 18 398 personnes nées aux Etats-Unis et 2843 immigrés.

Principales conclusions : Dans leur étude, les auteurs citent une analyse détaillée des coûts et avantages des immigrés pour l'économie des Etats-Unis du conseil national de la recherche qui conclut que les immigrés rapportent chaque année une dizaine de milliards de dollars à

l'économie américaine et qu'au cours de leur existence ils paieront chacun en moyenne 80 000 dollars en impôts de plus que ce qu'ils coûteront aux services gouvernementaux¹⁴. Cette étude observe que les dépenses de santé des immigrés sont considérablement moins élevées que celles des personnes nées aux Etats-Unis. En 1998, les dépenses de santé des immigrés totalisaient 39,5 milliards de dollars, dont 25 milliards étaient remboursés par des assureurs privés, 12 milliards par des programmes gouvernementaux et le reste, un peu moins de 3 milliards, couvert par des immigrés eux-mêmes.

Après ajustement multivarié, les dépenses totales de santé des immigrés était de 55 % inférieure à celle des individus nés aux Etats-Unis. Par exemple, en 1998 les immigrés hispaniques ont dépensé chacun une moyenne de 962 dollars en soins de santé, comparé à 1870 dollars pour les Hispaniques nés aux Etats-Unis. Les dépenses parmi les immigrés non assurés ou assurés par les services publics étaient quasiment de moitié moins importantes que pour leurs homologues nés aux Etats-Unis. Les résultats ne peuvent être expliqués par la « gratuité des soins », et restent cohérents même après ajustement en fonction de la situation eu égard à l'assurance maladie.

Dans l'ensemble, le niveau plus faible des dépenses de santé des migrants sous-entend des disparités importantes dans le recours aux soins de santé. De manière alarmante, ces disparités sont encore plus grandes lorsqu'il s'agit des enfants immigrés, pour qui les dépenses sont peu élevées pour les visites chez le médecin ou à la polyclinique, mais plus grandes pour les admissions aux services des urgences, le résultat sans doute d'un mauvais accès aux soins de santé primaires.

En conclusion, l'étude réfute la supposition très répandue selon laquelle les immigrés représenteraient un fardeau financier disproportionné pour le système de santé des Etats-Unis. Les auteurs constatent que les dépenses plus faibles n'ont rien à voir avec les restrictions d'accès au pays, mais semblent indiquer plutôt que les immigrés sont confrontés à des obstacles une fois arrivés dans le pays de destination, y compris des barrières culturelles et linguistiques. La peur de l'expulsion est un obstacle de plus pour les 5 à 10 millions d'immigrés sans papiers résidant aux USA.

Voir aussi:

DP Goldman, JP Smith, N Sood (2006), « Immigrants and the cost of medical care », *Health Affairs (Millwood)* 25(6): 1700-1711.

Cette étude emploie des données sur l'état de santé et l'utilisation des services, le lieu de naissance et le statut juridique, d'un échantillon représentatif des résidents du comté de Los Angeles (Etats-Unis) en 2000, afin d'évaluer l'utilisation des services et les coûts des soins de santé pour les adultes (personnes âgées non incluses) par lieu de naissance et type de migrant, y compris les sans papiers. Les adultes nés à l'étranger constituaient 45 % de la population âgée de 18 à 64 ans, mais on a constaté qu'ils ne comptaient que pour 33 % des dépenses de santé. De manière similaire, les sans papiers constituaient 12 % de la population adulte non âgée, mais ne représentaient que 6 % des dépenses. Pour le comté étudié, et aussi lorsqu'on extrapole ces résultats au niveau national, on a constaté que les personnes nées à l'étranger (et en particulier les sans papiers) utilisaient beaucoup moins les services de santé et contribuaient moins aux coûts de la santé par rapport à la proportion de la population qu'ils représentent. Parmi d'autres facteurs, les auteurs émettent l'hypothèse que ceci est dû à une absence d'assurance maladie.

A Fowler, L Collins, N Larbalestier, R Kulasegaram, A de Ruiter, V Micunovic (2006), « HIV, HAART and overseas visitors », *Sexually Transmitted Infections* 82(6): 516.

¹⁴ JP Smith, B Edmonston (1997), *The New Americans: Economic, Demographic, and Fiscal Effects of Immigration*. Washington, DC: National Academy Press.

Cet article rapporte le cas d'une patiente récemment diagnostiquée positive au VIH dont le traitement antirétroviral a été retardé parce qu'elle n'était pas justiciable selon le Service national de santé du Royaume-Uni (NHS) et se trouvait dans l'impossibilité de le financer elle-même. La patiente est tombée gravement malade, a passé 11 jours aux soins intensifs, puis a dû observer une longue période de convalescence. De l'avis clinique de ses médecins traitants, la patiente aurait éviter toutes ces issues néfastes si un traitement antirétroviral hautement actif avait été commencé plus tôt. Ils en concluent que les conséquences d'un ajournement de traitement peuvent de fait constituer un bien plus grand fardeau financier pour le NHS.

Autres perspectives sur les coûts et avantages

Evaluer correctement les coûts et avantages associés à l'entrée, au séjour et à la résidence de personnes vivant avec le VIH peut nécessiter une contextualisation plus large de la question, notamment des implications qui dépassent le cadre du VIH. Voici quelques exemples d'articles qui illustrent ces facteurs contextuels.

G Brumfiel (2003), « Visa rules leave US colleges facing semester of discontent », *Nature* 423 (6943): 906.

D'après cet article, le durcissement des réglementations sur les visas d'entrée aux Etats-Unis (sans aucun rapport avec le VIH) aura des conséquences négatives pour les universités. Les nouvelles dispositions empêcheront l'arrivée de nombreux étudiants et professeurs étrangers, ce qui entraînera « l'annulation de cours, et la perte de possibilités d'apprentissage et de recherche ». L'auteur prévoit que certains étudiants et enseignants se tourneront vers d'autres pays tels que la Grande-Bretagne, la France et l'Australie.

M Rice (2004), « New visa 'will attract scientists to Europe' », *European Journal of Cancer* 40(10): 1461.

Le Directeur exécutif de l'Association européenne de recherche biomédicale indique que l'Union Européenne a annoncé l'introduction d'un « visa scientifique » pour faciliter les voyages des chercheurs de pays tiers vers l'Union Européenne et à l'intérieur de celle-ci.

NJ Gay, WJ Edmunds (1998), « Developed countries could pay for hepatitis B vaccination in developing countries », *BMJ* 316(7142): 1457.

Une publication de l'Organisation mondiale de la santé sur les migrations, la santé et les droits humains¹⁵ fait une observation des plus intéressantes : « Investir dans l'amélioration de la santé dans les pays pauvres n'est pas une question d'altruisme mais d'intérêt personnel à long terme. Ainsi, pour l'hépatite B, il a été démontré en ayant recours à des modèles mathématiques que les ressources nécessaires pour empêcher qu'il y ait un porteur de la maladie au Royaume-Uni suffisaient à protéger 4000 personnes au Bangladesh, parmi lesquelles, statistiquement, quatre étaient susceptibles d'immigrer au Royaume-Uni ». Dans cette logique, il est quatre fois plus économique pour le Royaume-Uni de financer un programme de vaccination contre l'hépatite B au Bangladesh que d'introduire son propre programme de vaccination universelle.

DW Light (2007), *Toward an Economic Sociology of Compassionate Charity and Care. Development Working Paper Series*. Princeton: Center for Migration and Development.

Dans un document de travail sur l'emploi du temps et sur les raisons qui poussent les gens à être généreux, Light remarque que des millions de gens, plutôt que de mettre la priorité sur eux-mêmes et leurs plaisirs, consacrent aux autres un temps rare et des ressources précieuses pour lesquelles ils ont travaillé dur. Il examine les « soins compassionnels », définis comme étant le temps

¹⁵ Organisation mondiale de la santé (2003), *Migrations internationales, santé et droits humains*. Genève : OMS, p. 8.

que les professionnels de la santé consacrent bénévolement aux personnes qui en ont besoin, y compris les migrants en situation irrégulière et d'autres personnes en situation vulnérable.

A Pécoud, P de Guchteneire (2006), « International Migration, Border Controls and Human Rights: Assessing the Relevance of a Right to Mobility », *Journal of Borderlands Studies* 21(1): 69-86.

Les auteurs de ce texte soulignent que le contrôle des migrations coûte cher : on estime que les 25 pays les plus riches du monde dépensent entre 25 et 30 milliards de dollars par année à l'application des lois sur l'immigration. Les coûts proviennent des contrôles aux frontières mais aussi : de la délivrance des visas et des permis de résidence, des poursuites, de la détention et de l'expulsion des migrants sans papiers ; des inspections sur les lieux de travail et de l'application de sanctions contre les employeurs ; du traitement des demandes d'asile ; de la réinstallation des réfugiés ; et de la recherche des migrants sans papiers. Les auteurs déclarent que des politiques migratoires strictes risquent de provoquer une migration sans documents, la contrebande et la traite des êtres humains, qui motivent ensuite les appels à une augmentation des contrôles.

En vue d'une solution, les auteurs préconisent de désosser la notion de citoyenneté en répartissant ses diverses composantes (droits politiques, civils, sociaux, familiaux et culturels) de manière différenciée. Les migrants bénéficieraient d'une première série de droits (droits civils et droits sociaux fondamentaux), mais ne bénéficieraient que plus tard et de manière progressive des allocations sociales complètes et des droits politiques. Avec cette approche qui évite la logique binaire d'inclusion/exclusion, les migrants ne seraient plus considérés comme étant sans droits (comme les migrants sans papiers le sont souvent) tout en permettant une grande mobilité et en répondant aux réticences des ressortissants et résidents à long terme quant à l'extension de certains privilèges à des résidents temporaires ou à des nouveaux arrivants.

D. Approches possibles du suivi des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence, en vue d'en atténuer les effets

Cette dernière section présente un choix de rapports et de manuels susceptibles de servir de modèles pour l'évaluation des restrictions liées au VIH et l'atténuation de leurs effets. Le premier rapport est une étude réalisée par le Projet européen sida et mobilité, qui a examiné la manière dont la presse de 12 pays européens traite du VIH et des migrations. L'étude a été réalisée dans le but d'évaluer d'éventuelles stigmatisations. Le second est une présentation des audits de plusieurs politiques nationales concernant le VIH et les migrations réalisés dans quatre pays d'Asie du Sud-Est. Un processus similaire pourrait être utilisé pour sensibiliser les décideurs et autres parties prenantes concernées à la question des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH, et pour promouvoir un changement positif.

Enfin, il va sans dire qu'une information sur le VIH complète et fondée sur des données scientifiques, ainsi qu'un accès au test et au conseil volontaires, sont des éléments essentiels pour soutenir la prévention du VIH et permettre l'accès en temps opportun au traitement, aux soins et au soutien. Parallèlement aux efforts déployés pour abolir le dépistage obligatoire et les restrictions au voyage liées au VIH, et en reconnaissance du fait qu'un changement de politique peut prendre du temps et exiger une forte mobilisation sociale, un troisième document est présenté, dans l'intention de « réduire les risques ». Cet élément de la bibliographie annotée retourne au concept de dépistage adapté aux migrants présenté dans la première section, pour examiner comment réaliser de manière positive le dépistage et le conseil VIH dans le contexte des évaluations de l'état de santé des migrants et pour promouvoir des issues sanitaires bénéfiques.

Suivi des médias

J del Amo, A Caro, C Martínez, V Field, G Bröring, Press Analyses Working Group (2005), *HIV/AIDS and Migration in European Printed Media: An Analysis of Daily Newspapers*. Woerden, the Netherlands.

Sujets abordés: Informations publiées sur le VIH et les migrants; représentation des questions de migration et de VIH dans les principaux journaux d'Europe; utilisation abusive de l'information et désinformation; stigmatisation; comment des articles de presse peuvent inciter à la xénophobie et au racisme.

Lieu: Europe.

Méthodologie: 48 quotidiens publiés dans 12 pays; examen de tous les articles sur le VIH/sida parmi les migrants et/ou les minorités ethniques paru dans ces journaux du 1^{er} janvier au 31 décembre 2004, quelle que soit la rubrique dans laquelle ils ont été insérés; les équipes de recherche de chaque pays ont rempli des formulaires pré-établis en anglais de collecte de données; les équipes dans le pays comprenaient généralement un représentant d'une organisation non gouvernementale et un représentant d'une organisation gouvernementale.

Principales conclusions: 150 articles ont été retenus aux fins de l'étude. On a trouvé le plus grand nombre d'articles (57) au Royaume-Uni, suivi de l'Espagne (27) et du Portugal (22), la Pologne et la Slovénie n'en ont publié aucun. Le nombre d'articles répondant aux critères de choix s'est avéré inférieur à ce que l'on prévoyait initialement. Aucun des deux événements majeurs de l'année concernant le sida (la Conférence sur le sida de Bangkok et la Journée mondiale sida) ne semble avoir eu d'impact significatif sur la quantité d'informations relatives au VIH et à la migration. Rares sont les articles de plus d'une page.

Près d'un quart des articles ne sont pas signés. Les messages discriminatoires envers les migrants malades du VIH sont plus fréquents dans les articles anonymes. On relève que les dépêches provenant des agences de presse sont les moins discriminatoires. Six articles sur dix contiennent des données épidémiologiques et statistiques, avec des différences importantes entre les pays. Les messages discriminatoires envers les personnes infectées par le VIH ne sont pas plus fréquents dans les articles utilisant des données épidémiologiques.

En tout, on a estimé que trois articles sur dix contenaient des messages discriminatoires envers les migrants infectés par le VIH ou les minorités ethniques. Des différences claires ont été remarquées selon le pays, la Lituanie, le Royaume-Uni et la Grèce affichant la plus forte proportion de messages discriminatoires. Ces messages sont étroitement liés au contenu des nouvelles, qui accusent les migrants infectés par le VIH de coûter beaucoup d'argent au contribuable et d'introduire le VIH dans le pays. Au Royaume-Uni, les migrants originaires d'Afrique subsaharienne sont les plus visés. Pour d'autres pays, en particulier les Etats baltes, la crainte concerne les infections à VIH provenant de la Fédération de Russie.

On a constaté que les articles publiés par les journaux conservateurs ont deux fois et demi plus de chances d'avoir un caractère discriminatoire mais on a aussi trouvé des propos discriminatoires dans deux des dix articles parus dans des journaux dont l'orientation politique est généralement plutôt favorable aux déshérités. En revanche, 1,5 article sur dix contiennent des messages de solidarité avec les migrants séropositifs et les minorités ethniques, affirmant que chacun doit avoir un droit égal au traitement du VIH et appelant à un changement dans les attitudes envers les personnes séropositives.

Le thème le plus courant est l'élargissement de l'Europe et la crainte d'infections venant « de l'Est », cette préoccupation étant particulièrement marquée dans les Etats baltes. Au Royaume-Uni le cas est différent: par rapport à d'autres pays, les propos sont plus incendiaires, et les thèmes politiquement sensibles tels que le « tourisme de la santé » et l'asile sont traités sans concession.

Ce rapport confirme l'importance de la presse écrite comme outil de communication en matière de santé et du besoin urgent pour les spécialistes du VIH et des migrations de travailler avec les journalistes et rédacteurs en chef et de les sensibiliser.

Approches participatives de l'examen des politiques

Canada South East Asia Regional HIV/AIDS Programme (CSEARHAP) (2006), *Cambodia, Lao PDR, Thailand, Vietnam: Consolidated National Policy Self Audits 2006. Mobility and HIV Vulnerability Reduction in the Greater Mekong Subregion*. Bangkok: CSEARHAP.

Sujets abordés: Conformité avec les accords signés en vue de réduire la vulnérabilité au VIH des populations mobiles.

Lieu: Cambodge, République démocratique populaire lao, Thaïlande, Viet Nam.

Méthodologie: Elaboration d'une stratégie régionale sur la mobilité et la réduction de la vulnérabilité au VIH; ateliers de renforcement des capacités pour présenter et examiner les instruments d'action internationaux et régionaux relatifs au VIH et à la mobilité; élaboration d'un outil d'audit pour mesurer la perception qu'ont les gouvernements nationaux de leur conformité avec les instruments appropriés. Rapports préparés dans chaque pays par des équipes comprenant des représentants d'organisations internationales, des groupes de personnes vivant avec le VIH, des donateurs et d'autres partenaires, encadrées par un groupe de travail multisectoriel sur le VIH et la mobilité.

Principales conclusions: Dans certains cas, c'est grâce aux audits que les fonctionnaires ont, pour la première fois, été informé des positions de leur propre gouvernement sur des questions relatives au VIH et à la mobilité. Le premier auto-audit national concernant les politiques :

- ▶ a mieux fait connaître les instruments internationaux et régionaux pertinents et les engagements nationaux respectifs aux fonctionnaires, conseillers politiques et autres partenaires travaillant sur les questions relatives au VIH et à la mobilité ;
- ▶ a donné l'occasion de débattre de problèmes cruciaux de politique générale ;
- ▶ a fourni une base pour l'évaluation des progrès réalisés par le pays.

Normes de qualité: conseil et test VIH pour les migrants

Organisation internationale pour les migrations (2006), *IOM Guide for HIV Counsellors: HIV counselling in the context of immigration health assessments*. Genève: OIM.

[http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/brochures_and_info_sheets/HIV%20counselors%20GUIDE%20FINAL_Apr2006%20\(4\).pdf](http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/brochures_and_info_sheets/HIV%20counselors%20GUIDE%20FINAL_Apr2006%20(4).pdf)

Sujets abordés: Procédures de conseil et test VIH pour les évaluations de l'état de santé des migrants.

Lieu: Partout dans le monde.

Méthodologie: Manuel élaboré par des spécialistes des programmes et évalué par des agents locaux.

Principales conclusions : L'Organisation internationale pour les Migrations (OIM) a effectué, pendant plus de cinq décennies, des évaluations sanitaires conformes aux critères d'admission des pays de relocalisation. Depuis le début de l'épidémie de sida certains pays ont exigé un dépistage du VIH. Bien que l'OIM recommande le conseil et test VIH volontaires plutôt que le dépistage obligatoire pour les voyages, elle effectue un dépistage VIH pour les migrants se rendant dans des pays qui l'exigent. En agissant ainsi, l'OIM suit un « modèle de réduction des risques » qui vise à garantir qu'un conseil de haute qualité est offert. Bien qu'il ne soit pas nécessairement recherché, le test VIH peut donner l'occasion de fournir une information sur le VIH et le sida aux candidats, de les aider à apprendre comment se protéger et protéger leurs partenaires, et fournir des services d'orientation-recours et un soutien approprié.

Le guide, conçu avec le soutien du Bureau de la population, des réfugiés et des migrations du Département d'Etat des Etats-Unis, se concentre sur le conseil VIH dans le contexte du retour au pays. Il débat de la nature d'un conseil VIH efficace : comment apporter, dans le cadre d'un groupe, préalablement au test, une information sur le VIH et le sida et sur ce qu'implique le test aux fins de l'immigration, et après le test, assurer le conseil, que le résultat soit négatif ou positif.

Voir aussi :

J Weekers, H Siem (1997), « Is compulsory overseas medical screening of migrants justifiable? » *Public Health Reports* 112(5): 396-402.

Cet article aborde certaines des questions complexes et sensibles liées au dépistage obligatoire des populations migrantes, y compris les objectifs divergents, les préoccupations épidémiologiques, les avantages économiques incertains, les dilemmes éthiques, et la nécessité de formuler des mécanismes de dépistage fondés sur des bases médicales solides qui répondent aux exigences des pays d'accueil tout en tenant compte de l'épidémiologie de la maladie, des droits de la personne et des préoccupations en matière de santé publique de la communauté.

V Keane, G Hammond, H Keane, J Hewitt (2005), « Quantitative evaluation of counseling associated with HIV testing », *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 36(1): 228-232.

Une étude menée dans un des sites d'évaluation sanitaire de l'OIM, qui compare la transmission passive et la transmission active d'information, a démontré qu'une transmission d'information interactive et adaptée aux sensibilités culturelles dans le contexte de bilans de santé complets peut être relativement facile à réaliser et contribuer à améliorer les connaissances.

UNESCO et HCR (2007), *Réponses éducatives au VIH et au sida pour les réfugiés et les personnes déplacées internes : Document de travail pour les décideurs.*

En 2005, plus de 44 millions de personnes, principalement originaires de pays à faible revenu, ont été déplacées de force par des conflits, la violence, les crises ou les persécutions fondées sur la race, la religion, la nationalité, les opinions politiques ou l'appartenance à un groupe social particulier. Bien que le nombre de réfugiés ait diminué ces dernières années, le nombre de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays – personnes qui ont été forcées ou contraintes de fuir mais qui n'ont pas traversé de frontière reconnue à l'échelle internationale – continue de croître, du fait de la fermeture des frontières par les Etats ou de l'adoption de politiques d'admission restrictives. Centré sur le secteur de l'éducation, l'article décrit les politiques et mesures programmatiques nécessaires pour répondre aux besoins de prévention, de traitement, de soins et de soutien des réfugiés et des personnes déplacées dans leur propre pays. Il souligne en particulier la nécessité de s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination.

Plaidoyer et partenariats pour la santé des migrants

Un dernier article est signalé comme point de départ pour dépasser la question des restrictions liées au VIH et se pencher sur les incidences politiques et programmatiques d'une approche globale de la santé des migrants. L'article suivant a été publié dans un numéro spécial du *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* consacré à la santé et la politique étrangère.

DW Macpherson, BD Gushulak, L Macdonald (2007), « Influence de l'émigration et de la mobilité des populations sur les politiques sanitaire et étrangère », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 85(3): 200-206.

Les auteurs font observer que les risques sous-jacents associés aux mouvements internationaux de populations ont longtemps influencé l'élaboration des politiques de contrôle sanitaire aux frontières à l'échelle tant nationale qu'internationale. Avant même que les concepts de bactériologie et de maladies transmissibles aient été bien compris, les migrants nés à l'étranger, les commerçants, les explorateurs et les forces armées rentrant au pays étaient perçus comme des risques potentiels pour la santé publique, une crainte qui a été tempérée par les exigences concurrentes du commerce, de l'économie, de l'exploration, de l'exploitation et de la conquête.

Malgré les efforts consentis ces dernières années pour réduire les écarts politiques entre migration et objectifs économiques, entre mouvements de main d'œuvre et principes humanitaires internationaux, l'article relève que les décideurs politiques n'ont pour l'instant pas réussi à traiter de manière adéquate de la santé et de la migration. Les auteurs appellent les décideurs à intensifier les efforts déployés pour répondre aux défis complexes existant dans ce domaine, et fournissent une bibliographie de 48 ouvrages de référence essentiels.

L'impact des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH: bibliographie annotée a été préparé à la demande de la Cellule internationale de réflexion sur les restrictions au voyage liées au VIH. La Cellule internationale a été mise en place en janvier 2008 en tant que groupe consultatif/technique en vue d'appeler l'attention sur ces restrictions dans les plans d'action nationaux, régionaux et internationaux, et de promouvoir et soutenir les efforts visant à les éliminer. Les principes de non-discrimination et de la participation accrue des personnes vivant avec le VIH étaient au cœur des travaux de la Cellule de réflexion et ont fourni le contexte dans lequel les efforts ont été déployés.

Le **Rapport** de la Cellule de réflexion, présentant ses **Conclusions et Recommandations**, se trouve sur le site : www.unaids.org.

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVE 27
SUISSE

Tél: (+41) 22 791 36 66
Fax: (+41) 22 791 48 35
Courriel: distribution@unaids.org

www.unaids.org