

Les voies express du VIH/SIDA

Jusqu'ici, la reconnaissance du lien entre la mobilité des êtres humains et la propagation du virus du SIDA n'a pas suscité des ripostes adéquates. Considérer les migrants comme des personnes à risques n'est pas une solution. Il faut s'attaquer à tout ce qui les rend vulnérables.

Jacky Delorme
Journaliste

Bruxelles, fin septembre 2002. A quelques centaines de mètres de l'hémicycle européen où se déroule une conférence sur la prévention et la lutte contre le trafic des êtres humains, Myriam, Mylena, Carina, Tamara et Konstadinka sillonnent les rues du quartier chaud de la ville. Elles travaillent au sein d'Espace P, une Organisation non gouvernementale (ONG) belge active dans la prévention du VIH et des autres maladies sexuellement transmissibles (MST) auprès des prostitué(e)s. Leur mission? Servir de relais linguistique auprès des professionnel(le)s du sexe originaires comme elles d'Europe de l'Est, d'Afrique ou d'Amérique latine. Distribuer des brochures d'information, des préservatifs, mais surtout se faire accepter, entretenir le contact et tâcher d'attirer ces migrants du sexe à la consultation médicale de l'association où les dépistages des MST et la vaccination de l'hépatite B sont proposés gratuitement.

Pour se former, elles ont pu bénéficier de l'aide de Vicky, une ancienne volontaire aujourd'hui salariée à Espace P. Avec plus de dix ans d'expérience, elle sait mieux que quiconque comment instaurer une relation de confiance avec les prostituées originaires d'Afrique francophone et en particulier ses compatriotes congolaises. Mais depuis peu, «Maman», comme on l'appelle dans le milieu avec un mélange de respect et d'affection, s'est lancé un nouveau défi: aider le plus grand nombre possible de pauvres

de Kinshasa et notamment la frange la plus fragilisée de cette population: les filles des rues. Bref, Vicky est une battante, une travailleuse sociale qui aime le concret et qui ne trouve pas son compte dans les conférences internationales comme celle de septembre à Bruxelles où elle était venue gonfler les rangs des représentants des ONG.

Pourquoi en irait-il autrement? Les recommandations faites à l'issue de ces réunions ne débouchent que trop rarement sur des résultats positifs alors que le constat n'est pourtant pas neuf: attirées par de fausses promesses, privées de papiers d'identité, séquestrées, battues, violées, de plus en plus de femmes, originaires de pays pauvres, sont victimes de réseaux criminels spécialisés dans la prostitution. La peur, l'ignorance, l'acculturation font le reste. Ce sont ces personnes qui pratiquent la prostitution dans des conditions de clandestinité et d'exclusion sociale qui sont les plus menacées par le VIH/SIDA. Pourtant, malgré les innombrables conférences, recommandations et plans d'action, la situation n'a fait qu'empirer au cours de ces dernières années. Au niveau de l'Union européenne, le programme STOP (Sexual Trafficking Of Persons Program) n'inquiète guère les réseaux criminels. Les estimations sont effrayantes: en Ukraine, par exemple, 400 000 jeunes femmes seraient victimes de ce trafic et seules quelques centaines d'entre elles parviendraient à en réchapper chaque année.

La vulnérabilité des migrants

La traite des êtres humains pour des objectifs d'exploitation sexuelle n'est que la plus sombre composante du problème. Selon les chiffres de l'Organisation internationale du Travail, de la Banque mondiale ou de l'Organisation internationale des migrations (OIM), le monde compte 90, 125 ou 150 millions de migrants. Mais tous les chercheurs sont d'accord sur le fait que la bipolarisation économique croissante entre pays riches et pays pauvres va accentuer ces phénomènes migratoires, que les politiques nationales qui visent à restreindre l'immigration ne font que transformer des migrants légaux en clandestins, et qu'il existe une corrélation évidente entre les déplacements d'êtres humains et la propagation du VIH/SIDA.

Le SIDA et plus globalement la détérioration de l'état de santé peuvent être liés aux conditions de vie qu'ils connaissent avant de partir et qui les a décidés à fuir: la guerre ou la pauvreté le plus souvent. Le voyage en lui-même a peut-être été très long et très pénible. Ils ont pu être agressés ou victimes de trafiquants. Une fois arrivés, la barrière de la langue et les différences culturelles les rendent souvent imperméables aux campagnes de prévention. C'est d'autant plus grave qu'ils n'ont qu'un accès limité (ou pas d'accès du tout) aux systèmes de soins de santé et d'assurance dans leur pays «d'accueil».

Il est crucial, aujourd'hui, de tenir compte de cette vulnérabilité des migrants tout en soulignant, comme c'est le cas dans un récent rapport de l'ONUSIDA et de l'OIM, que «le simple fait d'être un migrant n'est pas un facteur à risque, que ce sont les activités entreprises durant le processus de migration qui sont des facteurs de risque»¹. Car, quand elles ont pris la mesure du danger (pour les migrants et pour leurs nationaux), les autorités sanitaires sont confrontées à un dilemme: comment agir efficacement sans stigmatiser les migrants? Il ne suffit pas de traduire les brochures d'information sur les modes de transmission du VIH/SIDA dans les langues des minorités, il faut aussi éduquer chaque citoyen. Une récente initiative

du ministère grec de la Santé va dans le bon sens. Il a lancé une campagne d'information avec le slogan «Taking Care of Migrants's Health at the Same Time as Our Own» (prendre soin de la santé des migrants et de la nôtre en même temps). Mais, sous l'angle du droit universel à la santé et du respect des droits humains, le bilan est globalement très négatif. Pour Patrick A. Taran (voir article en page 29), spécialiste des questions de migration à l'OIT, la discrimination, l'hostilité et même la violence dont sont victimes la plupart des migrants ont des effets néfastes sur leur santé mentale et physique; en outre, cela pose «d'énormes obstacles politiques, sociaux et idéologiques à l'extension de services de soins de santé adéquats ou même essentiels à destination de ceux-ci»².

Des progrès trop lents

En apparence, le sort et la santé des migrants préoccupent la communauté internationale. Ces dernières années, de nombreuses conférences ont été organisées où les grands de ce monde se sont inquiétés des droits des migrants. Les Nations Unies ont même mis en place un rapporteur spécial pour les droits humains des migrants. Mais, dans la pratique, les progrès sont beaucoup trop lents. Alors qu'il faudrait que les pays récepteurs prennent des mesures spécifiques pour assurer que les migrants aient les mêmes chances d'accès aux soins de santé que leurs nationaux, c'est très rarement le cas, y compris pour les migrants légaux. Parfois, c'est le contraire qui se passe. Aux Etats-Unis, la loi de 1996 sur l'immigration a été amendée par le Congrès dans un sens plus restrictif pour limiter l'accès à l'aide sociale, même des migrants légaux. En Europe, seules la France et la Belgique ont adopté des lois qui assurent le droit au traitement du SIDA pour les migrants sans papiers³. Malheureusement, la tendance générale n'incite pas à l'optimisme, les 15 Etats membres de l'Union européenne cherchant à unifier leurs lois sur l'immigration dans un sens plus restrictif.

En revanche, lorsqu'il s'agit de chercher ensemble des solutions concrètes en faveur

des migrants face au VIH/SIDA, l'Europe piétine. Dans une autoévaluation récente, le projet Aids & Mobility (A&M) financé en grande partie par la Commission européenne concluait que «l'hétérogénéité qui caractérise actuellement le domaine du VIH/SIDA et de la mobilité rend particulièrement difficile pour A&M le développement d'activités et de politiques uniformes. La grande diversité des environnements, que ce soit au niveau national ou organisationnel, est encore compliquée par des ordres du jour politiques et politiques en constante mutation»⁴.

Le terme migrant revêt déjà beaucoup de réalités différentes. On s'intéresse ici surtout à la principale catégorie, les migrants économiques, mais toutes les autres sont aussi concernées par le VIH/SIDA: les réfugiés, les militaires, les hommes d'affaires, les touristes, etc. Chaque groupe de migrants est lui-même fluctuant. Chaque situation est mouvante. Un contexte socio-économique ou politique particulier, une guerre, une catastrophe naturelle nécessitent des réponses spécifiques et rapides. Dans les multiples conflits qui ensanglantent l'Afrique, chaque mouvement de forces armées ou chaque modification de la ligne de front a une incidence directe sur les chiffres du SIDA. Le rapport de l'ONUSIDA et de l'OIM mentionne, par exemple, une initiative positive en Côte d'Ivoire: dans quelques plantations, les employeurs ont amélioré les infrastructures sociales destinées à la main-d'œuvre migrante. Une idée excellente dans un pays qui traditionnellement sert de pôle d'attraction pour des centaines de milliers de migrants saisonniers venus des pays du Sahel et où une personne sur dix est séropositive. Mais le rapport date de 2001. Depuis le pays a sombré dans le chaos et dans la haine des étrangers.

Héritage colonial

D'un point de vue historique, la période coloniale a fixé certaines tendances fortes qui perdurent aujourd'hui. Les migrants étaient surtout des hommes qu'on des-

tinait au travail dans les plantations, les mines et sur les chantiers de construction de routes ou de lignes de chemin de fer. Les longues périodes de séparation ont provoqué un éparpillement des modèles familiaux. En Afrique, les ménages qui n'ont qu'une femme à leur tête sont très nombreux, principalement dans les zones rurales. Au Lesotho par exemple, 51 pour cent des hommes travaillent en Afrique du Sud. Du système de travail migratoire développé par les Anglais au XIX^e siècle et transformé en loi durant l'apartheid, il reste maints vestiges, comme les «single sex hostels» dans les régions minières notamment. Les travailleurs y logent jusqu'à seize par chambre. Dans les galeries souterraines, le travail est rude et le danger permanent. En surface, l'alcoolisme, la toxicomanie et la prostitution règnent en maîtres. Le contexte favorise la diffusion des MST et du VIH/SIDA: entre 25 et 30 pour cent des mineurs sont séropositifs, un taux deux fois et demie supérieur à la moyenne nationale. Quand l'industrie minière a enfin pris conscience des effets économiques désastreux du SIDA, elle a commencé à réagir en centrant ses activités de prévention sur les mineurs. Ensuite, des programmes plus complets ont intégré prévention et soins de santé pour les mineurs et les prostituées. Sous la pression des syndicats, les compagnies minières envisagent maintenant de financer les trithérapies pour leurs malades du SIDA. Et, depuis peu, certaines d'entre elles ont lancé des programmes de regroupement familial qui passent par la transformation de «single sex hostels» en logements familiaux à prix modérés. Mais seuls quelques centaines de logements sont terminés. En outre, le programme ne concerne qu'une petite partie des migrants: de nombreuses familles resteront séparées parce que le maintien de revenus agricoles, même très limités, reste indispensable et parce que les lois d'immigration sud-africaines ne permettent pas aux nombreux mineurs étrangers de faire venir leur famille.

Bien des événements sont susceptibles de modifier la donne en matière de SIDA. Cela peut être inattendu. Un congrès est

déjà une situation à risque, la concentration en un point déterminé de nombreuses ONG suite à un désastre humanitaire l'est tout autant. Ce n'est pas un hasard si des modules de formation SIDA ont été mis en place par les Nations Unies pour son personnel expatrié, pour les familles et pour les employés locaux. Autre exemple: dans la corne de l'Afrique, le Programme alimentaire mondial (PAM) doit régulièrement faire face à des situations de famine. En 2001, le PAM a décidé de donner une formation VIH/SIDA aux 2300 routiers chargés d'acheminer l'aide internationale du port de Djibouti vers les régions sinistrées d'Éthiopie. L'année suivante, l'OIM a créé le long de ces routes des unités mobiles où toutes les personnes qui transitent dans la région (routiers, prostituées, personnes déplacées, commerçants ambulants, chercheurs d'or, soldats démobilisés, etc.) peuvent recevoir des informations et des préservatifs, bénéficier d'un dépistage et d'un traitement MST.

Il est établi que de nombreuses routes d'Afrique ou d'Asie constituent des couloirs de migration par où s'engouffrent avec une facilité déconcertante le VIH/SIDA, la tuberculose et les MST. Les routiers sur longue distance représentent un des groupes les plus vulnérables et donc aussi l'un des plus ciblés par les programmes de prévention. Mais, une fois encore, des efforts trop limités et trop exclusifs seraient vains. Dans un ouvrage intitulé «Sida et sexualité en Afrique», l'anthropologue D. Vangroenweghe met en lumière l'extrême variété de modèles comportementaux chez les migrants africains⁵. Il montre notamment comment les nécessités économiques se superposent aux habitudes culturelles. Pour les axes routiers au Nigéria, par exemple, il décrit un système basé sur une sorte de partenariat sexuel à long terme entre des chauffeurs un peu plus aisés que la moyenne de la population, mais qui travaillent dans des conditions pénibles et des femmes qui vivent le long de ces axes, qui sont parfois mariées et qui «seraient considérées comme folles si elles n'acceptaient pas de relations sexuelles avec un ou plusieurs routiers en

échange d'un soutien financier quand la survie est en jeu». A côté de ces formes modernes de polygamie et de polyandrie qui structurent le secteur des transports, il cite les prostituées à vocation professionnelle qui opèrent aux grands carrefours des transports et du commerce et les jeunes vendeuses ambulantes qui travaillent dans les parkings et les arrêts de camion, et qui complètent leurs revenus en ayant des relations sexuelles avec les routiers. Le chercheur met aussi à mal certaines idées reçues en soulignant l'importance du phénomène des femmes célibataires qui gagnent les villes africaines à la recherche d'un meilleur avenir socio-économique. Elles n'excluent pas de se fixer avec un homme, mais elles ne veulent pas d'un mariage forcé comme c'est souvent le cas dans les villages. Tout cela a un sens par rapport aux stratégies de lutte contre le VIH/SIDA. Il faut d'ailleurs souligner que l'exode rural et, plus largement, les migrations sont aujourd'hui tout autant le fait des femmes que des hommes. Le rapport de l'OIT sur les travailleurs migrants (1999) estime qu'un demi-million de femmes du Sri Lanka travaillent au Moyen-Orient et que les migrantes des Philippines dans les autres pays asiatiques sont douze fois plus nombreuses que leurs compatriotes masculins.

Couloirs de transmission

Dans un reportage pour le *Time magazine*, deux journalistes évoquent l'avancée du SIDA en Chine, en visitant des villes comme Ruili, à la frontière birmane où «gravitent des hommes venus de toutes les régions d'Asie pour le jade, les rubis, l'héroïne et le sexe». «En 1989, écrivent-ils, le SIDA a fait une percée dans le continent, pénétrant la Chine par la frontière birmane. Depuis, le virus a progressé le long d'un couloir de transmission à travers les provinces de Sichuan et de Gansu, au nord d'Urûmqi, une ville située dans les régions désertiques de la province de Xinjiang. Les compagnons de voyage du fléau sont familiers: des toxicomanes, des trafiquants, des

prostituées, des routiers, des travailleurs itinérants et des commerçants. A chaque endroit visité, le SIDA trouve les mêmes complices pour passer dans une autre ville: le déni officiel, l'ignorance, les discriminations et la pauvreté. Sur la place principale de Ruili, vous voyez presque aussi bien le virus se transmettre d'un être humain à un autre que vous le verriez sous un microscope.⁶»

Sur une carte mondiale du SIDA, il faudrait pointer Ruili; mais aussi Kaliningrad, une enclave russe sur la mer Baltique; Abidjan, Accra, Lomé, Cotonou, Lagos, cinq capitales d'Afrique de l'Ouest situées sur la même route côtière; Tijuana et toutes les localités industrielles le long de la frontière mexicaine avec les Etats-Unis où les usines d'assemblage à capitaux étrangers, les *maquiladoras*, font travailler des migrants de l'intérieur; et des milliers d'autres villes pour toutes sortes de raisons mais qui ont souvent beaucoup à voir avec les migrations (un marché important, la présence d'une université, d'une grande gare, etc.). Tout autant que les frontières, il faudrait représenter les groupes ethniques (en Afrique, il en existe 1800, et une ethnie sur dix vit à cheval sur deux ou plusieurs frontières), les camps de réfugiés, les lignes de front, les routes commerciales et de la contrebande, les régions minières, les grands chantiers, les paradis touristiques et tout ce qui aiderait à mieux comprendre les mécanismes de propagation du virus.

On pourrait baisser les bras devant la complexité du problème. Le constat est alarmant, certes, mais beaucoup de migrants sont déjà concernés par des programmes de prévention VIH/SIDA et de soins. Il s'agit de les rendre plus efficaces et d'arriver à toucher les catégories les plus défavorisées, en particulier les clandestins, les femmes et les enfants victimes de tra-

fic. Tous les gouvernements doivent comprendre qu'ils sont interdépendants face à l'épidémie, qu'il n'existe pas de solutions à l'échelle d'un seul pays. Les approches les plus prometteuses sont développées par des ONG locales représentant souvent des communautés de migrants qui se mettent en réseau à un niveau régional pour agir à tous les stades du processus migratoire: dans le pays d'origine, pendant le voyage, et dans le pays d'arrivée. C'est ce qu'essaie de faire, en Asie, le réseau CARAM (Coordination of Action Research on Aids and Migration) en mettant en place des formations SIDA avant le départ pour préparer les travailleurs migrants aux conditions de vie qu'ils vont rencontrer, mais aussi des suivis dans les pays récepteurs et des programmes de réinsertion pour ceux qui rentrent chez eux. On pourrait mentionner une autre approche qui consiste à réduire les inégalités et à renforcer la cohésion sociale dans notre village global afin de réguler les flux migratoires. Mais ne serait-ce pas là faire preuve d'un optimisme un peu béat?

Notes

¹ ONUSIDA et OIM: «Migrant's Right to Health», mars 2001.

² P. A. Taran: «Migration, Health and Human Rights», dans *Migration and Health*, une publication de l'Organisation internationale des migrations, 2/2002.

³ Quarante-sept pour cent des cas de SIDA en Belgique concernent des non-Belges. En France, un malade sur cinq n'est pas de nationalité française. En France, l'association Act Up a signalé des cas de discrimination où la loi n'est pas respectée.

⁴ Aids & Mobility: «Regarder vers l'avenir», octobre 2001.

⁵ D. Vangroenweghe: «Sida et sexualité en Afrique», éditions EPO, 2000.

⁶ Jim Mc Girk et Susan Jakes: «Stalking a Killer», *Time Magazine*, 30 septembre 2002.