

Rapport du représentant des ONG

**PERSONNES EN DÉPLACEMENT — LA CLÉ POUR METTRE FIN
AU SIDA¹**



Autres documents relatifs à ce point de l'ordre du jour : *aucun*

Action requise lors de cette réunion - le Conseil de coordination du programme est invité à :

Rappelant l'article 25. 1 de la résolution 217 A de l'Assemblée générale - 10 décembre 1948 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. » ; et rappelant la décision de la précédente réunion du Conseil de coordination du programme relatif au VIH et aux personnes en déplacement ainsi que le rapport sur les écarts (Gap Report) 2014 de l'ONUSIDA et les 12 groupes de population définies comme étant des personnes laissées pour compte, notamment les migrants et les populations déplacées :

1. *Accueillir* et prendre note du rapport ;
2. *Encourager* le Programme commun à adopter la définition de « migrant » de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) ; mettre pleinement en œuvre l'accord général de coopération entre le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) afin de promouvoir l'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'assistance en matière de VIH pour les migrants, les populations mobiles et les personnes affectées par des urgences humanitaires ; et renforcer l'engagement de l'OIM dans la lutte contre le sida aux niveaux mondial, régional et national en élaborant une feuille de route, y compris un plan d'action assorti d'un calendrier de mise en œuvre ;
3. *Inviter* les États membres en partenariat avec les communautés, les organisations de la société civile et autres partenaires à :
 - a. Renforcer la coopération internationale pour mettre fin au sida d'ici 2030 afin d'assurer la continuité des soins et des services liés au VIH pour les populations migrantes et mobiles en établissant un cadre de données commun et en produisant des données sur le VIH et la migration afin d'améliorer la base de données relative aux besoins des populations mobiles ;
 - b. Examiner et supprimer les lois, politiques et pratiques qui entravent et freinent la libre circulation des personnes vivant avec le VIH ainsi que des populations clés bénéficiant d'une aide humanitaire alors qu'elles recherchent des services de santé vitaux ;
 - c. Renforcer l'appui technique pour faire en sorte que les systèmes de santé nationaux s'attaquent au VIH et aux comorbidités parmi les populations migrantes et mobiles et accélérer la qualité des services de traitement et de soins du VIH, de la tuberculose et de l'hépatite virale ;
 - d. En collaboration avec les systèmes de santé nationaux, aider les communautés et les organisations de la société civile à fournir des services de prévention, de soins et de traitement du VIH complets et vitaux aux populations migrantes et mobiles, y compris les personnes vivant avec le VIH, et garantir la disponibilité des ressources financières et humaines.
4. *Demander* au Programme commun de présenter un rapport à la 45e réunion du CCP sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la riposte au sida pour les personnes en déplacement.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| 1. RÉSUMÉ ANALYTIQUE..... | 2 |
| 2. INTRODUCTION | 5 |
| 3. ANALYSE DOCUMENTAIRE..... | 9 |
| 4. VOIX DE LA COMMUNAUTÉ..... | 26 |
| 5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS..... | 41 |
| 6. ANNEXES | 46 |

1. RÉSUMÉ ANALYTIQUE

1. Des discussions et des dialogues sur les personnes en déplacement ont été menés au sein des Nations Unies depuis au moins 1951, année de l'adoption de la *Convention relative au statut des réfugiés*, et le précurseur de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), le Comité intergouvernemental pour les migrations européennes (CIME), afin d'aider à la réinstallation des personnes déplacées durant la Seconde Guerre mondiale. Cinquante ans plus tard, le lien entre migration, mobilité des populations et VIH apparaît dans la *Déclaration d'engagement de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida* de 2001. En 2016, l'OIM est devenue une organisation liée à l'ONU. L'ONUSIDA et l'OIM ont pour la première fois conclu un cadre de coopération en 1999, qui a ensuite été révisé en 2002 et en 2011. En 2017, l'OIM et l'ONUSIDA ont renouvelé un accord général de coopération visant à renforcer le dialogue et la coopération afin de combiner et de coordonner leurs efforts. L'Annexe 3 fournit une liste d'autres documents de politique générale pertinents des Nations Unies couvrant la période allant jusqu'en 2018.
2. Le rapport des ONG 2018 transmis au CCP vise à aider à relancer et à centrer le dialogue sur les personnes en déplacement afin que l'objectif 2030 d'éradication du sida en tant que menace pour la santé publique puisse être atteint. La délégation des ONG a pour vocation d'aider les États membres à faire en sorte que les populations mobiles soient couvertes par les services fournis dans leurs pays d'origine, de transit et de destination.
3. Ce rapport s'appuie sur le rapport des ONG 2017 qui montrait clairement que les populations mobiles sont surreprésentées parmi les personnes vivant avec le VIH qui n'ont pas été diagnostiquées, ne reçoivent pas de traitement antirétroviral (TAR) et dont la charge virale n'a pas été supprimée, même dans les pays qui ont atteint ou dépassé l'objectif 90-90-90.² Ces réflexions ont été déterminantes pour choisir les personnes en déplacement comme thème du rapport des ONG 2018.
4. Aux fins du présent rapport, et compte tenu de l'absence de consensus international sur des termes clés tels que « populations mobiles » ou « populations migrantes », les termes de personnes en déplacement ou de mobilité humaine sont utilisés comme concept global incluant les migrations internationales, les réfugiés, les déplacés internes, les déplacements forcés, les réfugiés climatiques ou les travailleurs migrants. Cela reflète la définition développée par l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) qui utilise les termes de migration et migrant pour désigner les personnes franchissant une frontière internationale ou se déplaçant à l'intérieur d'un État, quels que soient leur statut juridique, leur volonté, la cause de leur déplacement ou la durée de leur séjour.
5. Ce rapport explore certaines tendances mondiales clés : la diversité et la complexité croissantes de la mobilité humaine, le nouveau rôle des femmes en déplacement, l'évolution de notre paradigme de la santé vers une appréciation plus positive du développement et des personnes en déplacement, la reconnaissance croissante du fait que la mobilité n'est pas seulement ou même principalement liée au franchissement des frontières internationales mais aussi aux déplacements de population internes ou à l'intérieur d'un pays, et l'émergence d'attaques contre les droits de l'homme et les migrations internationales. Ces tendances ont des impacts importants sur la santé et la vulnérabilité au VIH des personnes en déplacement.

6. Il est difficile d'assurer la continuité des soins pendant la flambée actuelle de la mobilité de la population. La mobilité accrue de la population renverse les approches traditionnelles du financement des soins de santé qui reposent encore largement sur une résidence stable, la citoyenneté, la catégorie professionnelle ou les relations familiales. La mobilité peut augmenter l'exposition et la vulnérabilité au VIH, à la tuberculose et à l'hépatite virale. En outre, les différents problèmes juridiques et réglementaires rencontrés dans le processus de déplacement peuvent aggraver les problèmes de santé et augmenter les coûts de traitement, ce qui peut entraîner une hausse de la morbidité et de la mortalité. L'absence de consensus international sur les définitions de termes clés tels que migration et mobilité ne fait qu'ajouter à la complexité de ces questions.
7. La délégation a recueilli des expériences et des auto-déclarations de la communauté illustrant les principaux problèmes liés à la mobilité et au VIH, principalement par le biais d'entretiens avec des personnes en déplacement et des parties prenantes ainsi que par le biais de réponses à des enquêtes. Des entretiens ont été menés dans toutes les régions représentées dans la délégation : Afrique, Asie-Pacifique, Europe, Amérique latine et Caraïbes et Amérique du Nord. La majorité des personnes interrogées avaient un emploi, avaient accès à des soins de santé et avaient une bonne connaissance des services disponibles pour le VIH et la tuberculose et, dans une moindre mesure, pour l'hépatite virale. Environ la moitié de ces personnes se sont identifiées dans un groupe de population clé. Les personnes interrogées venaient de 28 pays d'origine différents, principalement la Colombie, l'Inde, la Jamaïque, le Kenya, le Nigeria, les Philippines, la Pologne, les États-Unis, la Zambie et le Venezuela. De brèves citations de personnes en déplacement et de parties prenantes sont présentées à différents endroits du rapport afin de mettre en évidence les problèmes abordés.
8. Les personnes en déplacement interrogées ont indiqué une série de facteurs susceptibles d'accroître la vulnérabilité au VIH et aux co-infections. Ces facteurs comprenaient les barrières linguistiques et culturelles, la peur de demander/d'accéder à des services et d'être signalés aux autorités, le manque d'accès à des services ciblés pour les personnes en déplacement, le manque de compréhension du système de soins de santé, les mauvaises conditions de vie, les comportements à risque et les pratiques sexuelles, et l'absence d'accès aux services de prévention.
9. Les parties prenantes interrogées ont participé à diverses activités, notamment des services directs en matière de VIH, l'élaboration de politiques, un soutien juridique, des activités de plaidoyer et de campagne, des recherches, le renforcement des capacités et des cours de langue. La majorité ont déclaré impliquer les personnes en déplacement en tant que pairs dans la réalisation de leurs activités, par exemple dans les domaines du leadership et de la gestion, des services de première intention, du bénévolat et de la recherche.
10. En général, ces parties prenantes ont fait part de besoins et de défis similaires à ceux identifiés par les personnes en déplacement, notamment l'absence de protections de base, les difficultés pour obtenir un statut attesté par des documents/la légalisation, le manque de connaissances sur le VIH et les co-infections, le manque de sensibilisation et d'accès à des soins de santé adaptés d'un point de vue culturel et linguistique et autres services, la recherche d'un emploi, la stigmatisation et la discrimination, l'isolement, la pauvreté, le manque de logement, les problèmes de santé mentale, la peur de la violence, la peur de la criminalisation/détention et de l'expulsion, et le traumatisme.
11. Le rapport indique plusieurs pistes de bonnes pratiques qui, si elles étaient mises en œuvre et étendues, pourraient nous donner une meilleure chance d'atteindre nos objectifs à l'horizon 2030. Ces bonnes pratiques incluent :
 - l'implication significative des personnes en déplacement ;

- des réformes juridiques et/ou réglementaires ;
- le renforcement des capacités des personnes en déplacement et des prestataires de services connexes ;
- la mise en place de systèmes de santé nationaux et d'une couverture sanitaire universelle prenant en compte les besoins des personnes en déplacement et intégrant ces personnes ;
- la garantie de la continuité des soins ;
- la lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;
- la protection contre l'exploitation économique ; et
- des réponses efficaces aux besoins des migrants sans papiers.

12. Le rapport illustre ces bonnes pratiques en présentant 12 études de cas au Brésil, au Canada, en Chine, en Allemagne, en Inde, au Kirghizistan, aux Philippines, en Russie, en Thaïlande, aux États-Unis et au Vietnam.

« Plusieurs agences et centres de santé communautaires font un excellent travail. Les plus performants ont un personnel qui reflète les populations qu'ils servent. »

- Commission latino-américaine sur le sida, New York City

13. Le rapport note un manque de données et d'éléments factuels sur les liens entre la mobilité de la population et le VIH en général et sur les besoins des sous-populations spécifiques en déplacement. Sans le renforcement d'une telle base intégrée de données sur la mobilité de la population et le VIH, il est peu probable que les législateurs ou la planification des soins de santé deviennent plus inclusifs et sensibles à l'égard des personnes en déplacement.

14. Le rapport reconnaît qu'un nombre important de personnes en déplacement appartiennent aux populations clés concernées par la riposte au sida car il s'agit également d'hommes homosexuels ou ayant des rapports sexuels avec des hommes, de travailleurs du sexe, de femmes transsexuelles et d'hommes transsexuels et de consommateurs de drogues injectables. Cependant, d'autres peuvent prétendre être considérées comme des populations clés, à savoir les personnes emprisonnées et maintenues dans des lieux fermés tels que des centres de détention ou des camps, les personnes ayant le statut « illégal » ou sans papiers, ou parce qu'un pays spécifique les a désignées de cette manière en interne en se basant sur le contexte épidémiologique et social national.

15. Enfin, le rapport présente des recommandations sur la base des conclusions suivantes :

- L'augmentation relativement récente, l'accélération et la diversité de la mobilité humaine aggravent la vulnérabilité des personnes déplacées au VIH ;
- Les populations mobiles se heurtent à des obstacles importants pour accéder aux services en matière de VIH et de co-infections ;
- Les populations mobiles, un nombre important d'entre elles appartenant à des populations-clés, risquent d'être laissées pour compte dans la riposte au sida ; et
- Il existe toute une gamme de bonnes pratiques innovantes et modulables pour faire progresser les services liés au VIH et les services associés au sein des communautés mobiles.

2. INTRODUCTION

« *J'aimerais que d'autres pays nous acceptent sans renier notre droit fondamental à la santé.* »

– Carlos, migrant HSH, Venezuela

16. La délégation des ONG au Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA prépare chaque année un rapport sur certains aspects de la riposte au sida qui nécessitent une visibilité accrue, une approche politique plus ciblée et une idée plus claire des intentions et de l'accord du programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. En 2018, le rapport de la délégation des ONG met l'accent sur la riposte au VIH spécifique aux populations mobiles, en tant que clé de la réalisation de l'objectif 2030 d'éradication du sida. Ce rapport vise à :
- **mieux comprendre** (1.1) le lien entre la mobilité de la population et la vulnérabilité accrue au VIH ; et (1.2) en quoi les vulnérabilités au VIH des populations mobiles constituent une grave menace pour l'engagement mondial en faveur de l'éradication du sida d'ici 2030 ;
 - **illustrer les bonnes pratiques** pour traiter les vulnérabilités au VIH liées à la mobilité de la population ; et
 - **recommander** aux États membres et au programme commun des façons d'améliorer leur approche face aux vulnérabilités au VIH des personnes en déplacement.
17. Le rapport s'appuie sur les décisions antérieures prises à l'échelle internationale et au niveau de l'ONU. Cinq ans après la constitution de l'Organisation mondiale de la santé et trois ans après l'adoption de la *Déclaration universelle des droits de l'homme* par l'Assemblée générale des Nations Unies, les États membres ont adopté l'un des premiers documents de politique internationale sur la mobilité de la population et les migrations : *La Convention relative au statut des réfugiés* (1951) suivie de plusieurs autres conventions pertinentes et décisions de l'Assemblée générale. En 2008 le CCP a publié son *Rapport du groupe de travail international sur les restrictions de voyage liées au VIH*. Depuis lors, le CCP a continué de prendre d'autres décisions concernant le VIH et les populations mobiles. *L'annexe 3* donne un bref aperçu du cadre politique existant au sein des États membres des Nations Unies.
18. Ce rapport examine les données existantes et les points de vue de la communauté sur la question afin de rappeler l'urgence de mettre en œuvre des actions concrètes pour remédier aux vulnérabilités. La situation est déjà trop grave et désespérée pour un trop grand nombre de personnes en déplacement, en particulier les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ou appartenant à des populations clés. Ce n'est qu'en prenant des mesures urgemment que les États membres pourront atteindre les objectifs 2030 et les cibles des objectifs de développement durable.

Méthodologie et limites

19. Le rapport est basé sur une analyse documentaire approfondie de plus de 150 documents. L'analyse documentaire est accompagnée de 27 entretiens ou témoignages personnels de personnes en déplacement, dont beaucoup ont également participé à la prestation de services. En outre, il y a eu 83 réponses à l'enquête. Les enquêtes ont été menées en anglais et en espagnol dans divers endroits du monde.
20. Compte tenu de l'importance du contexte africain pour la riposte au sida, un groupe de discussion distinct réunissant 15 parties prenantes a été formé. Le rapport recense également 12 études de cas de bonnes pratiques réalisées par le Brésil, le Canada, la Chine, l'Allemagne, l'Inde, le Kirghizistan, les Philippines, la Russie, la Thaïlande, les

États-Unis et le Vietnam. Nous espérons que ces bonnes pratiques et d'autres pourront être reproduites et utilisées ailleurs. Le rapport souligne ensuite les principales conclusions et recommandations.

21. Les entretiens, les groupes de discussion et les enquêtes ont été utilisés pour recueillir des données *qualitatives*. Cette approche méthodologique est couramment utilisée pour étudier les points de vue, expériences, raisonnements et motivations des participants. Le but de cette approche était d'approfondir la compréhension de la mobilité de la population grâce aux descriptions disponibles dans l'analyse documentaire.
22. Les méthodes utilisées dans ce rapport ne sont pas censées fournir de données *quantitatives*, ni être prédictives de quelque manière que ce soit. Il y n'a aucune intention de produire des mesures, des données numériques ou des analyses statistiques. Ce rapport ne fournit pas non plus de quantification des attitudes, opinions et comportements afin de généraliser ses résultats à une population plus large de la société civile ou aux personnes en déplacement dans leur ensemble. Ce rapport est basé sur une analyse documentaire et des données qualitatives, comme indiqué ci-dessus.
23. Ce rapport ne prétend pas être une étude exhaustive du domaine extrêmement divers de la mobilité humaine mondiale. Le rapport ne constitue pas non plus une déclaration finale dans un domaine en rapide évolution et dans lequel des recherches approfondies, quantitatives et qualitatives, doivent encore être menées. Le rapport ainsi que ses conclusions et recommandations sont basés sur le travail et les priorités de nombreux chercheurs, activistes communautaires, personnes mobiles et autres parties prenantes du monde entier. En tant que tel, il s'agit d'une contribution appropriée de la délégation des ONG dont le rôle est de faire entendre la voix des communautés en première ligne en matière de VIH lors de la réunion du CCP.

Un mot sur les définitions

24. Il n'existe pas de définition internationalement admise des termes « mobilité », « migration » et « migrant ». Certains perçoivent la mobilité comme le processus général des déplacements de personnes à la recherche d'une vie meilleure et la migration comme un terme juridique ou administratif désignant le franchissement de frontières géographiques. Jusqu'à récemment, la migration faisait référence au processus consistant à quitter son pays d'origine ou son pays de naissance pour se rendre dans un autre pays afin de mener une nouvelle vie ou de trouver de nouveaux moyens de subsistance.
25. Par exemple, le HCR note que les réfugiés sont des personnes fuyant un conflit armé ou des persécutions, et que ce groupe est défini et protégé par le droit international ; le HCR considère également les migrants comme des personnes qui choisissent de déménager non pas à cause de menaces directes, mais principalement pour améliorer leurs conditions de vie.³ S'appuyant sur ces définitions du HCR, par exemple, un homosexuel vivant avec le VIH qui déménage de Hongrie en Allemagne au sein de l'Union européenne dans le cadre de la recherche d'un emploi semblerait pouvoir être qualifié de migrant même si cette personne quittait la Hongrie parce qu'elle ne se sentait pas en sécurité en raison du climat politique hongrois actuel, et que sa qualité de vie et sa sécurité se détérioreraient considérablement si elle revenait ; cette personne est-elle un réfugié ou un migrant ?
26. La mobilité de la population à l'intérieur des pays s'explique par bon nombre des mêmes raisons justifiant la mobilité transfrontalière, par exemple rechercher un travail, échapper à un conflit ou éviter des préjugés. Toutefois, comme pour les migrations internationales,

l'ampleur de la mobilité interne a considérablement augmenté ces dernières années, et elle recoupe parfois la mobilité transfrontalière. En conséquence, alors qu'il existait peut-être une distinction plus nette entre la migration internationale et la mobilité interne, la situation n'est plus aussi simple et des définitions simples et traditionnelles risquent de ne pas être adaptées à la réalité contemporaine. En effet, le strict respect de nos définitions traditionnelles risque de laisser certaines personnes de côté.

27. Il n'est pas surprenant que l'OIM ait élaboré une définition de la migration plus complète que les définitions traditionnelles. Couvrant à la fois les mouvements internationaux et nationaux, elle désigne un migrant comme :

« toute personne qui franchit ou a franchi une frontière internationale ou se déplace ou s'est déplacée dans un État afin de fuir son lieu de résidence habituel, (1) quel que soit le statut juridique de cette personne ; (2) que le déplacement soit volontaire ou involontaire ; (3) quelles que soient les causes du déplacement ; ou (4) quelle que soit la durée du séjour ».⁴

La délégation des ONG considère cette définition de l'OIM comme l'illustration de la manière de repenser de manière inclusive dont nous avons un besoin urgent.

28. Ce rapport des ONG ne prétend pas résoudre ces conflits de définitions. Néanmoins, aux fins du présent rapport, et compte tenu de l'absence de consensus sur de nombreux termes clés, les personnes en déplacement ou la mobilité humaine sont perçues comme un concept global comprenant les migrations internationales, les réfugiés, les déplacés internes, les déplacements forcés, les réfugiés climatiques ou les travailleurs migrants. Cela reflète la définition de l'OIM qui utilise les termes de migration et migrant pour désigner à la fois les personnes franchissant une frontière internationale et se déplaçant au sein d'un État, quels que soient leur statut juridique, leur volonté, la cause de leur déplacement ou la durée de leur séjour. Cela s'appuie également sur la terminologie de l'accord général de coopération de 2017 signé entre l'OIM et l'ONUSIDA.

29. Le rapport utilisera donc les personnes en déplacement ou la mobilité comme des termes génériques faisant référence au phénomène global du déplacement humain. Il traitera également des sous-groupes de populations mobiles en utilisant des termes plus spécifiques, par exemple migrant international, interne ou transfrontalier, réfugié, demandeur d'asile, PDI (personne déplacée à l'intérieur du pays), etc.

Accord général de coopération entre le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) de 2017

Buts communs :

- Assurer la continuité de la prévention, du traitement, des soins et du soutien en matière de VIH et fournir un ensemble de soins aux personnes vivant avec le VIH, la tuberculose et/ou le paludisme dans des situations d'urgence humanitaire et de conflit, alors que les personnes déplacées et les personnes touchées par des urgences humanitaires font face à de multiples problèmes, y compris la vulnérabilité accrue au VIH, le risque d'interruption du traitement et l'accès limité à des soins de santé de qualité et à des aliments nutritifs
- Développer des services complets et adaptés de prévention du VIH, qui soient accessibles à toutes les femmes et les adolescentes, aux migrants et aux populations clés

- Encourager les États à s'attaquer aux vulnérabilités au VIH et aux besoins spécifiques en matière de soins de santé des populations migrantes et mobiles, ainsi que des réfugiés et des populations touchées par la crise, à prendre des mesures visant à réduire la stigmatisation, la discrimination et la violence, à examiner les politiques relatives aux restrictions à l'entrée fondées sur le statut VIH, en vue de supprimer ces restrictions et le retour des personnes sur la base de leur statut VIH, et à faciliter leur accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH.

- Combattre au maximum la violence sexuelle et sexiste, notamment en fournissant un accès aux services de soins de santé sexuelle et reproductive et en luttant contre les formes multiples et croisées de discrimination à l'égard des femmes et des filles réfugiées et migrantes.

Les domaines concrets de dialogue et de coopération de l'accord sont les suivants :

- *Plaidoyer et conseils politiques* : promouvoir l'intégration des droits de l'homme et des besoins des migrants et des personnes déplacées dans les ripostes et les stratégies nationales et régionales relatives au VIH, promouvoir l'accès universel des migrants à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH ; renforcer la protection sociale des migrants affectés par le VIH en promouvant une gamme de services sociaux destinés à protéger les migrants vulnérables et à mettre un terme à la violence à l'égard des femmes et des filles migrantes ; supprimer les lois, politiques et pratiques punitives, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et à la mobilité de la population qui bloquent des ripostes efficaces au sida ; veiller à ce que les priorités en matière de VIH/sida et liées à la santé des migrants et des réfugiés soient bien prises en compte dans les processus mondiaux de santé, de migration, de développement durable et de politique étrangère.

- *Renforcement des capacités et appui programmatique* : fournir des orientations pour renforcer l'appui technique pertinent aux niveaux mondial, régional et national pour des ripostes nationales appropriées au sida qui facilitent et promeuvent un accès équitable des migrants à des services complets de lutte contre le VIH, quel que soit leur statut migratoire ; aider au renforcement des capacités des gouvernements, des institutions régionales et de la société civile afin de réduire la vulnérabilité au VIH parmi les populations mobiles et migrantes, notamment en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé.

- *Recherche et diffusion des meilleures pratiques* : renforcer la compréhension du VIH et de la mobilité des populations afin d'informer et de mobiliser les gouvernements et les parties prenantes et ainsi de promouvoir la santé des migrants et des communautés d'accueil ; améliorer la production, l'analyse et l'utilisation d'informations stratégiques pays par pays sur la santé des migrants et des personnes déplacées afin de garantir l'adoption de politiques et de programmes sur le VIH fondés sur des données factuelles ; produire des analyses stratégiques des programmes de lutte contre le VIH incluant des populations mobiles afin d'améliorer la mise en œuvre axée sur les résultats et d'identifier, de documenter et de promouvoir les meilleures pratiques.

3. ANALYSE DOCUMENTAIRE

Tendances mondiales de la mobilité de la population

30. Tout porte à croire que la mobilité peut accroître la vulnérabilité au VIH et à ses co-infections, à la fois pour les personnes en déplacement et pour leurs partenaires. Il a été prouvé que les zones à forte mobilité telles que les itinéraires de transport massif et les régions frontalières présentent des taux d'infection plus élevés.⁵
31. Environ 1 milliard de personnes se déplacent dans le monde, dont environ un quart de milliard à l'échelle internationale et trois fois plus à l'intérieur des États. Cette mobilité n'est pas unidirectionnelle : les gens vont et viennent, et ils se déplacent du sud au nord et du sud au sud. À titre de comparaison, il y avait presque autant de personnes mobiles dans le monde en 2017 que l'ensemble de la population indienne (1,3 milliard). Il est impossible de prédire l'ampleur ou les caractéristiques de la mobilité dans 5 à 10 ans. Mais la mobilité de la population est clairement un phénomène très important : de tels mouvements massifs de personnes ont de nombreuses conséquences, notamment sur leur santé.
32. Le présent rapport identifie cinq grandes tendances de la mobilité de la population :
- augmentation de la diversité et de la complexité de la mobilité humaine ;
 - « féminisation de la migration » ;
 - nouveau paradigme de la santé ;
 - nouvelles approches pour envisager la mobilité ; et
 - défis de la mondialisation.
33. Nous explorerons ensuite les conséquences ou l'impact de ces tendances sur les vulnérabilités au VIH et aux co-infections.

Tendance 1 : Augmentation de la vitesse, du volume, de la diversité et de la complexité de la mobilité humaine

34. La mobilité de la population est aussi vieille que la race humaine et elle se poursuit encore de nos jours. La mobilité est un aspect fondamental et durable de notre identité humaine. Elle est au cœur du désir humain de choisir comment et où vivre. Elle a été essentielle pour le commerce et le développement. L'étude de l'évolution humaine montre comment des êtres humains ont quitté l'Afrique pour peupler le reste de la Terre. Les premiers mouvements de population d'*homo erectus* en provenance d'Afrique ont vraisemblablement commencé il y a 2 millions d'années et se sont poursuivis jusqu'à il y a 30 000 ans.⁶ Les textes anciens témoignent de la mobilité des personnes tout au long de l'histoire humaine, les populations fuyant les persécutions, les catastrophes naturelles ou l'oppression ou cherchant la sécurité alimentaire.
35. Dans l'histoire récente, le contrôle des infections via la mise en quarantaine et les restrictions de déplacement étaient déjà utilisés comme moyen de prévention des maladies dès le 14^e siècle dans les ports maritimes italiens. Le tristement célèbre commerce d'esclaves en provenance d'Afrique constituait un exemple de ce que l'on peut appeler aujourd'hui le « trafic d'êtres humains », bien qu'à grande échelle. Les 19^e et 20^e siècles ont fourni plusieurs exemples de colonisateurs récents et de colons dispersés dans de nombreuses régions du globe.
36. En plus des raisons courantes poussant à migrer, telles que la recherche d'opportunités professionnelles et économiques ou la réunification familiale, les gens sont de plus en plus obligés de partir pour échapper à un conflit ou à cause du changement climatique

ou de la diminution des ressources naturelles, de la violence, des persécutions, de l'oppression politique, d'un effondrement économique, de catastrophes environnementales et d'origine humaine, de l'insécurité alimentaire ou de la famine.

37. Des exemples récents incluent des personnes fuyant un conflit dans l'est de l'Ukraine, qui rentre dans sa cinquième année, ou traversant la Méditerranée pour rejoindre l'Europe. En Amérique du Sud, il y a d'importants déplacements à l'intérieur de la région : l'Argentine, le Brésil et le Chili attirent la majorité de ces personnes en déplacement. Un grand nombre de personnes fuient le Venezuela et se dirigent vers des pays voisins tels que le Brésil et la Colombie.
38. En 2017, il y a eu 30,6 millions de nouveaux déplacements de population à la suite de conflits et de catastrophes naturelles dans 143 pays et territoires. Les dix pays les plus touchés étaient la Chine, les Philippines, la Syrie, la République démocratique du Congo (RDC), Cuba, les États-Unis, l'Inde, l'Irak, la Somalie et l'Éthiopie, chacun comptant plus d'un million de nouveaux déplacements⁷.
39. Des urgences humanitaires complexes en RDC, en Somalie, au Soudan du Sud, au Yémen et au Venezuela ont entraîné une grave crise sociétale et économique. Au Myanmar, plus d'un million de Rohingyas ont été déplacés. Les troubles politiques à long terme aux frontières nationales ont créé des difficultés pour un grand nombre de personnes, par exemple au Cachemire à la frontière indo-pakistanaise, à la frontière tibéto-chinoise ou à la frontière israélo-palestinienne. La Colombie est confrontée à une crise de déplacement majeure avec plus de 7 millions de personnes déplacées internes enregistrées et 350 000 autres réfugiés colombiens se trouvent au Costa Rica, en Équateur et au Panama. Le nombre de demandes d'asile d'El Salvador, du Guatemala et du Honduras en 2017 était de 1 500 % supérieur à celui de 2011. Au Mexique, la violence des cartels de la drogue entraîne d'importants déplacements internes et externes.⁸
40. Dans de telles situations, il y a peu de place pour des discussions autour de la santé des personnes. En ce qui concerne le VIH, certaines personnes se déplacent en raison de leur statut VIH ou TB, de leur orientation sexuelle, de la stigmatisation et de la discrimination ou afin d'accéder à de meilleurs soins de santé liés au VIH et à des services connexes. Les exemples ne manquent pas, notamment dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord qui connaît une énorme agitation sociale et politique et qui comprend 3 des 10 pays les plus touchés par les déplacements de population (Irak, Somalie et Syrie).⁹ La majorité des pays de cette région criminalisent les relations entre personnes du même sexe, 7 d'entre eux prévoyant la peine de mort. Pourtant, une épidémie concentrée est en train de se former chez les HSH dans la région, notamment au Liban où 50 % des infections au VIH seraient associées à une activité HSH. Des pays tels que le Liban sont devenus un refuge pour les réfugiés lesbiens, gays, bisexuels et transgenres d'Algérie, de Syrie et d'autres États de la région.¹⁰

« La seule raison pour laquelle j'ai décidé de m'installer au Brésil n'était pas pour accéder à un nouvel emploi ou à un nouveau mode de vie. Je savais que la situation économique de cette époque était également mauvaise pour les Brésiliens. Mais je pouvais y obtenir des médicaments antirétroviraux. »

- Jose, migrant HSH, Haïti

41. La mobilité humaine est une constante historique. Mais cela se produit maintenant plus rapidement, en plus grand nombre et cela concerne des populations plus diversifiées. La gestion de la mobilité de la population est devenue beaucoup plus complexe. Nous

assistons à une interaction de nombreuses forces, en particulier la mondialisation et les migrations internes ou internationales forcées. Nos systèmes et réglementations existants en matière de migration semblent incapables de relever efficacement ces défis.

Tendance 2 : « Féminisation de la migration »

42. Bien que largement utilisé, le concept de « féminisation de la migration » peut être trompeur car il peut impliquer que les femmes et les filles sont maintenant plus nombreuses que les hommes et les garçons parmi les populations migrantes. Cela peut valoir pour certaines régions et certains pays, comme cela a été le cas par le passé.¹¹ Actuellement, une telle féminisation se manifeste clairement en Afrique australe où plus des deux tiers des commerçants transfrontaliers entre l'Afrique du Sud et le Mozambique ou le Zimbabwe sont des femmes. En Australie et en Amérique du Nord, depuis des décennies, les femmes en déplacement sont plus nombreuses que les hommes en déplacement.¹²
43. Néanmoins, au niveau mondial, la proportion de femmes en déplacement est restée relativement stable au cours des dernières décennies, à un peu moins de 50 %. Le *rapport de l'ONU sur les migrations internationales* de 2017 indique que 48 % des migrants internationaux étaient des femmes, bien qu'elles soient plus nombreuses que les hommes dans de nombreuses régions (mais pas en Afrique et en Asie). Les femmes représentent un peu plus de la moitié des migrants dans les pays à revenu élevé et un peu moins de la moitié dans les pays à faible et à moyen revenu. La féminisation de la migration au niveau mondial signifie donc que les femmes constituent une proportion croissante des personnes en déplacement. Il s'agit plutôt de la façon dont les femmes se déplacent, indépendamment des hommes, et des nouveaux défis qu'elles rencontrent, notamment la vulnérabilité due au manque de reconnaissance du travail domestique et du commerce du sexe, à la pression d'être soutien de famille, à l'isolement et à la séparation d'avec leurs enfants et familles.¹³
44. Avec la féminisation de la pauvreté, les femmes des pays moins riches se sentent de plus en plus pressées de subvenir aux besoins de leur famille et d'entrer sur le marché du travail en tant que soutien de famille. En même temps, de nombreux marchés du travail (en particulier dans les pays à revenu élevé) font l'objet d'une demande croissante en prestataires de soins, en particulier de femmes. Les gouvernements des pays à revenu élevé ont réagi en facilitant l'obtention de visas d'entrée pour les femmes étrangères afin qu'elles travaillent comme domestiques, femmes de ménage, animatrices, nourrices et aidantes/soignantes pour les jeunes et les personnes âgées.
45. Il y a actuellement environ 11,5 millions de personnes en déplacement dans le monde qui travaillent comme domestiques, dont 73 % sont des femmes. Les domestiques de sexe masculin, principalement dans les États arabes et dans certaines régions de l'Asie du Sud, ont tendance à travailler comme jardiniers, chauffeurs et agents de sécurité. Cependant, environ 80 % des domestiques au niveau mondial sont concentrés dans les régions à revenu élevé, en particulier dans les États arabes, en Amérique du Nord et en Europe occidentale. Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, un nombre important de personnes quittent le nord-est de l'Afrique pour se rendre dans les États du Golfe en tant que travailleurs migrants. Au Qatar et aux Émirats arabes unis, les migrants représentent 90 % de la population active. La traite des femmes augmente également au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, notamment au Soudan, en Syrie et au Yémen.¹⁴ Il convient toutefois de noter que seuls 25 pays ont ratifié la « Convention C189 sur les travailleurs et travailleuses domestiques » de l'OIT, aucun d'Amérique du Nord ou des États arabes.

46. Les envois de fonds des femmes en déplacement sont essentiels pour financer et soutenir le développement local dans leurs domiciles d'origine. Les femmes ont tendance à verser une plus grande proportion de leurs revenus et le font plus fréquemment et durablement que les hommes. Cela renforce l'évolution du rôle des femmes en tant que soutien de famille, même si les soins qu'elles apportent sont effectués à l'étranger.
47. Les femmes se déplacent également pour des raisons non économiques, par exemple pour rechercher une plus grande liberté personnelle et de meilleures opportunités. Elles peuvent fuir des relations abusives et/ou des violences domestiques, ou essayer d'échapper aux obligations culturelles ou patriarcales imposées aux femmes mariées ou non mariées, aux mères célibataires ou aux veuves. Les femmes, les enfants et les personnes âgées représentent environ 80 % des demandeurs d'asile et des réfugiés fuyant les persécutions ou les violences.¹⁵ Les causes liées au genre sont rarement acceptées comme motifs valables d'octroi du statut de réfugié.
48. Les femmes en déplacement font face à des formes persistantes d'inégalité de genre. Certaines professions à prédominance féminine sont exclues des systèmes de visas et il peut exister des interdictions d'emploi des femmes migrantes dans certaines professions à prédominance masculine. Les définitions acceptées de ce qui constitue un travail peuvent aboutir à exclure ces femmes des protections légales. Il existe des exemples de tests obligatoires favorisant la discrimination fondée sur le sexe, tels que le test de grossesse, le dépistage du VIH ou d'autres infections, sans consentement. Les femmes sont la proie des violences sexistes. Elles peuvent également avoir un accès insuffisant aux soins de santé dans les pays de destination.
49. Les femmes mobiles sont particulièrement présentes dans les secteurs du travail domestique/des soins et du divertissement. Cela renforce les divisions sexuelles traditionnelles du travail, les femmes travaillant principalement comme dispensatrices de soins ou répondant aux besoins de divertissement des hommes. Il en résulte que l'un des principaux débouchés actuels pour les femmes en déplacement est le domaine du travail domestique dans le secteur privé, largement non protégé et non réglementé, qui offre des possibilités considérables d'exploitation. En outre, cela peut produire une « fuite des soignants » dans les pays d'origine où les compétences associées au travail domestique ne sont peut-être pas valorisées ou rémunérées de la même manière que dans les pays à revenu élevé dont la population vieillissante dépend de ces compétences.
50. La mobilité offre aux femmes des opportunités et des défis différents de ceux des hommes ; elles sont notamment confrontées à des violations spécifiques des droits de l'homme, à des formes d'exploitation et à des risques pour la santé. Les femmes en déplacement font face à des vulnérabilités particulières et à des risques d'abus et de violence sexuelle, y compris le viol. La mobilité de la population n'est pas neutre du point de vue du genre. Pourtant, les lois et les politiques relatives à la migration continuent d'être classées dans des catégories masculines dépassées, même si les femmes sont de plus en plus visibles et constituent des composantes majeures des déplacements de population.

Tendance 3 : Nouveau paradigme de la santé - Lier le développement et les personnes en déplacement

51. Le lien entre la mobilité humaine et le développement est de plus en plus reconnu depuis plus de quarante ans, du moins depuis la Conférence mondiale sur la population de Bucarest en 1974. Cet événement et les conférences suivantes ont mis en lumière les contributions des migrants au développement, la nécessité de respecter les droits de

l'homme des migrants internationaux et de faire respecter les normes du travail des travailleurs migrants, ainsi que l'impact de la « fuite des cerveaux ». Ces discussions se sont poursuivies lors de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 au Caire, lors du Dialogue de haut niveau sur les migrations internationales et le développement de 2006 (le premier sommet des Nations Unies consacré aux migrations internationales) et lors du Dialogue de haut niveau de 2013 (le deuxième sommet des Nations Unies sur les migrations). Un troisième sommet est prévu pour 2019.

52. Malgré ces discussions, les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) n'ont que très peu fait référence directement à la migration ou à la mobilité. Néanmoins, de nombreux aspects des OMD (objectifs du Millénaire pour le développement) étaient étroitement liés à la discussion plus large sur la relation entre développement et populations mobiles, par exemple l'objectif 1 sur la réduction de la pauvreté, l'objectif 3 sur l'égalité des sexes, l'objectif 6 sur la prévention du VIH/sida, du paludisme et d'autres maladies, l'objectif 7 sur la durabilité environnementale, et l'objectif 8 sur le partenariat mondial pour le développement.
53. La mobilité de la population est davantage abordée dans les ODD (objectifs de développement durable) et leurs cibles, par exemple retenir le personnel de santé dans les pays en développement, éliminer la traite des êtres humains, protéger les droits des travailleurs en déplacement, réduire les coûts de transaction des envois de fonds et ventiler les données par statut de migration.
54. Les ODD ne reconnaissent pas seulement les droits et les vulnérabilités des personnes en déplacement ; ils reconnaissent également leurs contributions et les avantages sociaux liés à la mobilité de la population. Les ODD témoignent du changement de paradigme dans notre compréhension des liens entre mobilité et développement. De ce fait, la nécessité de normaliser et de gérer la mobilité humaine en tant que constante et dans l'intérêt de tous, et pas simplement en tant que menace pour les pays d'origine et de destination, est devenue une priorité. Le déplacement des populations devient un moyen positif d'assurer un développement durable. Ce changement est peut-être plus clairement exprimé dans l'ODD 10.7 qui appelle les États membres à « faciliter la migration et la mobilité de façon ordonnée, sans danger, régulière et responsable ». Cet appel est à la base du nouveau Pacte mondial sur les migrations qui doit être adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies courant 2018.
55. Dans la Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants de 2016, les États membres des Nations Unies se sont engagés à élaborer un pacte pour des migrations sûres, ordonnées et régulières. Ce pacte mondial sur les migrations est toujours en développement : une ébauche a été élaborée en février 2018 et le document final doit être adopté lors d'une réunion de haut niveau dans la région MENA (Maroc) en décembre 2018. Le document final devrait renforcer le changement de paradigme consistant à reconnaître que la mobilité de la population peut bénéficier aux États et aux personnes en déplacement.
56. Même si le pacte mondial ne sera pas juridiquement contraignant, le préambule de l'ébauche renforce les normes et les lois internationales pertinentes, y compris celles qui traitent des droits de l'homme, du crime organisé et de la traite, les conventions de l'OIT sur le travail décent et la mobilité de la main-d'œuvre et les ODD. Le pacte devrait également inclure des engagements concrets sur toute une gamme de sujets, par exemple la collecte de données ventilées, la réduction des vulnérabilités migratoires, la lutte contre la traite et la création de conditions permettant aux migrants de contribuer pleinement au développement durable. On espère que le pacte suivra l'ébauche en précisant la nécessité de fournir des informations à tous les migrants, quel que soit leur

statut, sur leur droit à la santé et sur les moyens d'accéder aux services sociaux et de santé de base.

57. Il n'est pas certain qu'il y ait un engagement clair d'extension de la CSU aux personnes en déplacement ou de garantie de leur accès aux services de santé reproductive, notamment pour les IST telles que le VIH. Une des limites du pacte proposé semble très probable : il traitera uniquement de la migration dans le sens le plus étroit de migration *internationale* légale ou documentée. Des questions plus larges sur la mobilité et la migration interne ne seront probablement pas abordées dans ce pacte mondial sur les migrations.

Tendance 4 : Nouvelles approches pour envisager la mobilité

58. Comme indiqué plus haut, le manque de définitions communes de la mobilité pose un défi pour comprendre et traiter les liens entre mobilité et risque relatif au VIH. Différentes études reposent sur différentes définitions et aboutissent ainsi à des conclusions qui s'avèrent être différentes, voire contradictoires.¹⁶ Cette variation est également visible dans la façon dont nous comprenons la diversité des personnes en déplacement. L'annexe 4 (ci-dessous) décrit 14 catégories ou modalités différentes de personnes en déplacement.
59. Certes, il est très difficile de fournir des données statistiques solides en matière de santé publique ou des corrélations universelles entre la mobilité de la population et le risque de VIH ou d'infection. Une réflexion récente suggère que l'étude de ce domaine, notamment en ce qui concerne les liens entre mobilité et vulnérabilité au VIH, devrait impliquer la collaboration et l'utilisation de méthodologies de recherche associées à la fois à la santé publique et aux études sur la mobilité et les migrations. Ces méthodes doivent prendre en compte des schémas comportementaux et des motifs de déplacement spécifiques, des types de mobilité spécifiques ainsi que des contextes ou des lieux spécifiques, notamment les taux de prévalence du VIH et l'ampleur des chevauchements dans les réseaux sexuels. Les nouvelles approches sur les déplacements de population et le risque de VIH devront être plus spécifiques et inclure plusieurs éléments clés : qui se déplace, comment ces personnes se déplacent-elles, pourquoi se déplacent-elles et d'où viennent-elles/où vont-elles.

Tendance 5 : Les défis de la mondialisation

60. Dans la tendance 1 ci-dessus, nous avons noté que la mondialisation était un facteur clé du récent développement des déplacements de population. Cependant, face aux défis de la mondialisation, les migrations internationales se heurtent également à une opposition croissante. L'immigration est à nouveau perçue de plus en plus négativement par un nombre croissant de personnes, par exemple comme un processus qui sape l'identité nationale, accroît la concurrence entre les citoyens et exacerbe les pressions sur les ressources et les capacités existantes de l'État. C'est comme si on s'opposait à l'idéal de la fin du XXe siècle consistant à « penser globalement, agir localement » en opposant le local au global.¹⁷ Cela alimente un nouveau nationalisme populiste dans la politique contemporaine, dont l'un des éléments clés est l'anti-immigrant. Cette réaction violente s'accompagne d'une méfiance à l'égard des autorités politiques et économiques et des experts qui ont favorisé la mondialisation, notamment les partis politiques nationaux, le Fonds monétaire international, la Banque mondiale, les pays du G7, etc.
61. La perspective antimondialisation souligne le rôle de l'État dans la maximisation du bien-être de ses propres citoyens. Cependant, ce mouvement perçoit la croissance de la finance internationale et du libre-échange comme un danger pour le bien-être de ses citoyens. Il existe une tension préexistante entre la légitimité interne de l'État fondée sur

ses citoyens et la nécessité pour l'État de chercher de plus en plus à l'extérieur pour répondre aux besoins de ces mêmes citoyens. Ce contexte laisse peu d'espace pour répondre aux préoccupations concernant les personnes en déplacement qui ne sont pas citoyens, leur santé ou leur vulnérabilité au VIH.

62. Les avantages de la mondialisation sont répartis de manière très inégale et ont été assombris par de nombreux revers.¹⁸ Les désavantages comprennent des pertes d'emploi, des diminutions de salaires, une « fuite des cerveaux » accrue, des tensions raciales et culturelles exacerbées, une concurrence accrue pour les migrants qualifiés, des tensions entre travailleurs locaux et internationaux ou d'autres personnes en déplacement, des agriculteurs expulsés de leurs terres et le recul de l'État providence. Tous ces facteurs jouent également un rôle moteur dans la poursuite de la mobilité interne et internationale. Les débats autour de la mondialisation n'ont pas encore permis d'élaborer des politiques qui incluent et soutiennent les personnes en déplacement.
63. Les courants antimondialisation et anti-immigrés, et leur dichotomie local/global, refont surface dans de nombreuses régions du monde. Cependant, il est difficile de savoir s'il s'agit d'un tournant décisif conduisant à un retrait à long terme de la « pensée globale » au profit d'un nationalisme et d'un protectionnisme durables et rigides. Si cela devait se produire, les personnes en déplacement seraient encore davantage touchées, notamment par des politiques migratoires encore plus restrictives, des arrestations et des déportations, souvent au mépris des droits de l'homme et des normes internationales.

« En Italie, le problème des migrants est désormais considéré comme une « urgence » et de nombreux mouvements s'opposent à leur présence dans le pays. Il y a eu plusieurs incidents d'agressions physiques (avec armes à feu) à l'encontre de migrants et de personnes noires, de véritables incidents liés au racisme. La loi protège assez bien leurs droits, mais en réalité, les choses se passent différemment. »

- LILA Milano

Principaux impacts sur la santé et vulnérabilités au VIH

64. Les liens entre la mobilité des hommes et des femmes et la vulnérabilité au VIH sont complexes. La mobilité peut avoir un impact sur la santé et la vulnérabilité au VIH. Certaines personnes peuvent se déplacer précisément pour obtenir de meilleurs soins liés au VIH et un soutien ou pour échapper à la stigmatisation et aux préjugés : elles peuvent s'éloigner de leur famille et de leur communauté pour se rapprocher des spécialistes du VIH ou revenir auprès de leur famille pour assurer de meilleurs soins et apporter un soutien. D'autre part, certaines personnes cherchent à fuir un conflit, des persécutions ou la pauvreté pour ensuite faire face à des conditions qui les exposent à un risque accru de contracter le VIH. Elles peuvent ne pas avoir accès aux informations, outils et services de prévention contre le VIH ; elles peuvent avoir des relations sexuelles non protégées avec des partenaires de pays où la prévalence de l'infection au VIH est élevée ; ou elles peuvent être exposées à des violences sexuelles.
65. Ce rapport regroupe désormais les principaux impacts de la mobilité sur la santé et la vulnérabilité au VIH sous quatre rubriques : continuité des soins (continuum des soins), financement des soins de santé, environnements à risque de VIH et de co-infections, et étapes du processus de mobilité proprement dit.

Impacts sur la continuité des soins

66. Le continuum de soins du VIH fait référence à un processus englobant le dépistage et le diagnostic du VIH, le traitement, les services de soins, le lancement du traitement antirétroviral et l'obtention et le maintien de la suppression virale. Les déplacements peuvent avoir un impact significatif sur ce continuum, en facilitant ou en fragilisant l'une des quatre étapes principales du continuum.
67. Tous les problèmes courants liés à la continuité des soins pour le VIH et ses co-infections sont similaires mais plus difficiles et complexes pour les populations mobiles. Dans la région de l'Afrique australe, où la prévalence du VIH et de la tuberculose est la plus élevée au monde, on estime que 10 millions de personnes sont en déplacement, sans compter les migrants sans papiers.¹⁹ Ces niveaux de mobilité posent des problèmes. Pour les personnes vivant avec le VIH, en particulier celles qui suivent un traitement antirétroviral, il est souvent difficile de maintenir un engagement efficace avec le système de santé ou d'avoir accès à un stock stable de médicaments pour les traitements antirétroviraux. Les personnes qui n'ont pas contracté le VIH risquent de ne pas savoir comment accéder aux informations et outils de prévention, ou aux services de prévention et de dépistage du VIH. Les déplacements peuvent entraîner des retards dans l'accès au test de dépistage du VIH et au diagnostic, il est possible de ne plus disposer du même niveau d'assurance ou de services médicaux que ceux fournis dans son pays d'origine et de nouveaux obstacles culturels et linguistiques peuvent voir le jour.
68. La mobilité peut également compliquer l'accès à un nouveau système de soins de santé car le système lui-même n'est pas inclusif et n'intègre pas les personnes en déplacement, ou n'est pas basé sur les principes de la CSU : il n'a pas été conçu de manière à intégrer et à fournir une prestation de services durable pour les personnes en déplacement et il ne dispose ni de prestataires de services ni de structures compétentes sur le plan interculturel et linguistique. Les exemples incluent des services de santé inadéquats auprès desquels les personnes en déplacement ne sont pas comprises ou vers lesquels elles ne peuvent pas s'orienter, une discrimination à l'encontre des populations mobiles, y compris parmi elles les populations clés et/ou les personnes vivant avec le VIH, et la peur de la divulgation du statut VIH. Lorsque les personnes en déplacement ne maîtrisent pas les langues locales, il y a de forte chance pour qu'elles osent moins demander de l'aide pour gérer un problème de santé, ce qui met leur santé en danger.

« Nous sommes confrontés à la violence, au fait d'être sans abri, à la stigmatisation et à la discrimination, et au VIH. Les migrants devraient avoir un endroit où aller pour obtenir de l'aide, par exemple de la nourriture ou un lieu où habiter et un accès aux soins de santé. Le gouvernement, la société civile et les ONG devraient mettre en place des systèmes pour aider les migrants. »

- Lorenzo, HSH et migrant vivant avec le VIH, Jamaïque

69. L'accès à la documentation est l'un des principaux défis des personnes mobiles, en particulier pour celles en situation irrégulière. Les services gouvernementaux exigent généralement une preuve d'identité ou de résidence avant de fournir des services ; l'accès aux services pour les personnes ne disposant pas des documents nécessaires est donc médiocre. Par conséquent, de nombreuses personnes éviteront de se rendre dans des centres proposant des services, craignant que leur incapacité à produire les documents demandés n'entraîne leur détention ou leur expulsion.
70. Les personnes vivant avec le VIH et/ou une co-infection rencontrent des difficultés spécifiques pour éviter d'interrompre leur traitement contre le VIH ou autre traitement.

Les données montrent que plus on est en déplacement, plus le risque de non-respect d'un régime de traitement est élevé, généralement en raison d'obstacles à l'accès au traitement ou à d'autres services dans un nouveau système de santé ou un nouvel établissement de santé. Cependant, le traitement commencé dans un pays ou un lieu doit être poursuivi en déplacement ou dans un autre lieu. En Inde, les recherches indiquent que la migration interne est responsable dans 25 % des cas de l'arrêt du traitement et du suivi de la tuberculose.²⁰

71. Diverses populations vulnérables font face à des défis spécifiques pour tenter de continuer leurs traitements et leurs soins. Par exemple, il existe des risques particuliers de tuberculose pour les pasteurs nomades associés à leur mode de vie traditionnel, notamment l'élevage, la consommation de lait non pasteurisé ou le fait de vivre dans des logements mal ventilés ou surpeuplés. De même, les conditions de vie et de travail des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays aggravent les risques pour leur santé. On sait que la stigmatisation du VIH dans les systèmes de santé compromet la continuité des soins. La stigmatisation liée au VIH en tant qu'obstacle à l'accès à des soins de santé continus a été observée en Thaïlande où une enquête menée auprès des prestataires de soins de santé a révélé que certains prestataires de soins de santé avaient explicitement déclaré qu'ils préféreraient ne pas fournir de services aux migrants.²¹
72. Du fait des obstacles à la négociation du continuum de soins, les personnes en déplacement peuvent avoir des problèmes de santé avancés, obtenir de mauvais résultats de traitement, connaître des taux de morbidité et de mortalité élevés, ce qui peut engendrer aussi des coûts élevés pour les systèmes de soins de santé. Les maladies chroniques telles que la tuberculose et le VIH exigent une observance optimale du traitement afin de réduire le risque de transmission et de résistance aux médicaments. L'accès aux soins et la continuité des soins pour les populations mobiles sont essentiels si l'on veut s'attaquer efficacement aux vulnérabilités au VIH et aux co-infections. Les solutions possibles qui ont été identifiées incluent des cliniques mobiles, des centres de santé communautaires et des réseaux de volontaires en matière de santé qui sont eux-mêmes issus de populations mobiles.

Impacts sur le financement des soins de santé

73. Des données précises et ventilées sont essentielles pour planifier et financer efficacement les interventions de santé publique relatives au VIH, aux hépatites B et C et à la tuberculose, ainsi que pour garantir la disponibilité de fournitures et d'équipements médicaux adéquats. Les informations doivent provenir de sources variées et mettre en lumière les flux migratoires, l'ampleur de l'accès aux services pour les personnes en déplacement, la discrimination structurelle à l'égard des populations mobiles, la charge du VIH et des co-infections parmi des populations mobiles spécifiques, et les avantages liés à la satisfaction des besoins de santé des personnes en déplacement.
74. La Turquie, par exemple, accueille près de quatre millions de réfugiés syriens, iraniens, irakiens, somaliens et afghans. Jusqu'à 40 % de la capacité des hôpitaux situés le long de la frontière turco-syrienne sont consacrés aux réfugiés et les services de santé dans certains quartiers sont extrêmement sollicités.²² Les femmes réfugiées ont tendance à être mal soignées pendant leur grossesse. Une étude récente sur le risque de contamination par le VIH parmi les réfugiés en Turquie a souligné la nécessité d'améliorer les ressources dans plusieurs domaines clés, notamment le logement, l'hébergement et la sécurité, le soutien aux besoins essentiels, l'assistance en espèces, et l'accès à des moyens d'existence. Néanmoins, même si la mobilité de la population et les informations relatives à la santé augmentent, on reconnaît également des limitations et des manques importants en termes de financement.²³

75. Afin de planifier et de financer la réponse aux problèmes de santé de la très grande variété de personnes à risque en déplacement, il est nécessaire de disposer de modèles permettant d'estimer la taille des diverses sous-populations. Sans ces informations, il est impossible de déterminer avec précision le nombre de tests rapides de dépistage du VIH à fournir, le nombre de seringues propres requises ou le nombre de travailleurs à déployer pour atteindre des groupes spécifiques. Cependant, la collecte et l'analyse de données représentatives, et la fourniture de services, peuvent s'avérer très complexes.²⁴
76. Il existe plusieurs approches pour collecter des données plus précises sur la grande variation des schémas des déplacements et des groupes en déplacement. L'une consiste à ne pas simplement s'appuyer sur une seule méthode pour acquérir les données, mais à utiliser une combinaison de méthodes pour évaluer la taille des sous-populations. La mobilité humaine et l'épidémie de VIH évoluent constamment. Les estimations de taille doivent être effectuées rapidement pour faire le décompte des personnes lorsqu'elles se trouvent dans un même endroit, en veillant à ne pas les compter deux fois. Les travailleurs du sexe ne peuvent travailler qu'à certains endroits et à certaines heures, ou peuvent traverser régulièrement les frontières pour travailler dans un endroit et rentrer chez eux. Dans de tels cas, les estimations pourraient par erreur compter deux fois les travailleurs du sexe, produisant ainsi des données inexactes. Une bonne compréhension du commerce du sexe est donc nécessaire pour obtenir un décompte précis.
77. L'estimation de la taille de la population et l'évaluation des besoins en soins de santé d'autres groupes très mobiles tels que les nomades, les migrants sans papiers ou les Roms peuvent poser des problèmes encore plus grands. Par conséquent, il est souvent nécessaire d'utiliser des définitions de substitution pour les groupes de personnes vulnérables en déplacement en fonction de caractéristiques de groupe spécifiques pouvant être liées au risque de VIH (par exemple l'emploi ou les lieux de divertissement ou d'hébergement fréquemment utilisés).
78. S'agissant du financement des soins de santé, on suppose que les personnes en déplacement, en particulier les demandeurs d'asile, font peser une charge économique considérable sur les pays, y compris sur leurs systèmes de santé. Cependant, une étude récente sur la « crise des migrants » menée dans 15 pays européens a montré que toute dépense publique supplémentaire est largement compensée par une augmentation des recettes fiscales au fur et à mesure que les demandeurs d'asile deviennent résidents.²⁵ Il est assurément difficile de faire face à l'afflux massif de personnes en Europe, aux niveaux national et régional. Cependant, commencer à reconnaître que la prétendue « crise des migrants » peut en réalité se révéler être une opportunité économique, pourrait faciliter une approche politique plus positive de la résolution de ces problèmes. Un ancien rapport de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne a produit des résultats similaires. Il a noté que :
- « permettre aux migrants en situation irrégulière d'accéder aux soins de santé contribuerait non seulement à la réalisation du droit de chacun de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, mais serait également économiquement sain. Les obligations découlant d'une interprétation inclusive du droit international des droits de l'homme seraient ainsi étayées par des arguments économiques. »²⁶
79. Cette dernière recherche étant spécifiquement axée sur l'accès aux services liés à l'hypertension et aux services prénatals, des recherches supplémentaires seraient certainement nécessaires sur les implications financières de la fourniture d'un traitement aux personnes en déplacement pour d'autres affections. La détection et le traitement précoces sont certainement rentables. Par conséquent, répondre aux besoins en soins

de santé des populations mobiles le plus rapidement possible est tout à fait sensé d'un point de vue économique et politique.

80. Il existe différentes approches pour financer les services de santé destinés aux personnes en déplacement et à leurs familles, par exemple en fonction de la résidence, de la citoyenneté, de la catégorie professionnelle, des relations familiales avec une personne ayant une assurance maladie, etc. En Chine, à Hukou, l'accès aux services gouvernementaux est lié à l'enregistrement des résidents dans un lieu spécifique. Cependant, avec la mobilité croissante de la population en Chine, des millions de migrants internes quittant la campagne pour rejoindre la ville ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier des programmes publics d'assurance maladie et d'assistance médicale dans leurs nouveaux lieux de résidence où ils n'ont pas le statut de résident enregistré. Le Botswana a l'un des niveaux de suppression de la charge virale du VIH les plus élevés au monde, le traitement antirétroviral étant gratuit pour tous les citoyens vivant avec le VIH. Cependant, les non-ressortissants ne peuvent bénéficier des traitements antirétroviraux.²⁷
81. D'autre part, il existe également plusieurs exemples de pays fournissant des soins et des traitements en cas d'urgence médicale et/ou de maladies transmissibles, indépendamment de leur statut juridique ou du fait qu'il dispose ou non d'une assurance maladie. La plupart des pays de l'UE proposent un traitement antituberculeux au nom de la santé publique. Au Royaume-Uni, les soins et le traitement du VIH sont gratuits pour tous, quel que soit le statut juridique des personnes vivant dans le pays. Au Brésil, la frontière est ouverte aux populations mobiles, y compris aux personnes vivant avec le VIH, avec des directives claires en matière de confidentialité, de soins, de traitement et de soutien.
82. Les problèmes liés au VIH et aux migrations internationales remontent à bien longtemps en Asie du Sud-Est (Indonésie, Malaisie, Philippines, Singapour et Thaïlande), en particulier en ce qui concerne les déplacements de travailleurs (par exemple ceux qui entrent en Thaïlande ou qui retournent aux Philippines). En Thaïlande, ces migrants représentent moins de 10 % de la population, tandis qu'à Singapour, ils représentent près de la moitié de la population. En conséquence, ces cinq pays ont des régimes de santé qui couvrent ces populations mobiles de différentes manières ; c'est la Thaïlande qui est la plus avancée en proposant non seulement la CSU pour ses ressortissants, mais aussi pour les migrants documentés.²⁸
83. Le modèle de financement de la santé thaïlandais est principalement basé sur les impôts : les personnes employées sont couvertes par les taxes sur les salaires, tandis que le reste de la population est couvert par les impôts généraux. Le régime thaïlandais d'assurance maladie obligatoire des migrants (2001) est administré par le ministère de la Santé publique et est accessible à tous les migrants internationaux ; auparavant, il incluait également les sans-papiers. Le système n'est pas parfait et pourrait être amélioré en permettant à un plus grand nombre de personnes en déplacement d'en bénéficier, par exemple via une portabilité accrue dans le pays, des paiements échelonnés ou des contrôles d'identité assouplis dans les hôpitaux.
84. Il semble clair que si nous voulons développer une réponse efficace aux vulnérabilités des personnes en déplacement face au VIH et aux co-infections, nous devons développer des méthodologies d'analyse plus efficaces. De plus, nous ne pouvons pas continuer à envisager le financement des services de santé en partant du principe que les populations restent stables. Nous devons comprendre la réalité de la mobilité humaine croissante et développer des systèmes de financement de la santé fondés sur cette réalité.

Impacts résultant des disparités des risques

85. Les disparités des risques peuvent être regroupées en trois catégories : celles résultant de l'appartenance à une ou plusieurs populations clés, celles résultant du déplacement d'une zone de prévalence du VIH à une autre, et celles liées aux divers systèmes de santé rencontrés.
86. Les populations clés sont plus à risque de contracter le VIH. Cette vulnérabilité peut être encore accrue lors des déplacements. La mobilité peut entraîner la criminalisation, la précarité économique, l'isolement social et la marginalisation, ce qui peut à son tour réduire l'accès des membres des populations clés aux produits et services de prévention et accroître leur vulnérabilité aux violences sexuelles, à la coercition et aux pressions les incitant à adopter des comportements plus risqués en matière sexuelle et de consommation de drogues injectables.
87. Sur les sites transfrontaliers d'Afrique de l'Est, certaines populations mobiles courent un risque particulier de contracter le VIH, notamment les travailleuses du sexe, les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les consommateurs de drogues injectables, les jeunes femmes et les chauffeurs routiers. Dans certaines situations, mais pas toutes, les activités de prévention du VIH les plus efficaces parmi ces groupes sont ciblées sur les lieux où les comportements associés à une prévalence élevée du VIH sont courants, par exemple les lieux de commerce du sexe ou de consommation d'alcool.²⁹ Néanmoins, il existe des lacunes importantes dans l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants et leur utilisation, et dans la recherche d'un traitement en cas de symptômes d'IST. Ces lacunes doivent être corrigées.
88. Dans les Caraïbes, les déplacements de population sont constants depuis au moins deux siècles. Les personnes se déplacent pour les raisons habituelles, notamment la pauvreté ou la recherche d'un emploi, et finissent par se déplacer des pays à revenu faible vers les pays à revenu élevé, avec ou sans documents. Outre les populations clés généralement identifiées, des risques transversaux liés au VIH touchent les populations jeunes mobiles. Les jeunes sans papiers en déplacement, dotés de moyens de subsistance limités, peuvent se livrer au commerce du sexe dans des conditions de travail abusives et faire face à des obstacles à l'adoption de pratiques sexuelles sans risque. Les HSH se déplacent dans la région afin de préserver leur anonymat et leur sécurité, ce qui peut se traduire par une plus grande estime de soi et une prise de risque sexuelle accrue.

« Là où nous vivons, les adolescentes et les jeunes femmes sont comme des jouets sexuels dans les camps ou les abris pour les déplacés internes. Les jeunes hommes et les jeunes garçons survivent aussi en tant qu'objets sexuels de femmes d'âge mûr et d'autres hommes du quartier. »

- Coalition de la jeunesse ougandaise pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents et le VIH

89. Parmi les consommateurs de drogues injectables, la mobilité peut résulter de plusieurs facteurs, notamment la disponibilité, la légalité, le prix et la qualité de la drogue. À Tijuana, au Mexique, à la frontière avec les États-Unis, le « tourisme de la drogue » depuis les États-Unis jusqu'à cette ville semble être une pratique courante.³⁰ Il existe un fort potentiel de transmission transfrontalière du VIH, soulignant la nécessité de renforcer les services de lutte contre le VIH des deux côtés de la frontière.

90. L'épidémie de VIH parmi les personnes en déplacement d'autres régions d'Europe et d'autres pays de l'UE/EEE est en grande partie imputable à la transmission en cours parmi les HSH, généralement contractée après leur arrivée.³¹ Par exemple, les personnes séropositives ayant quitté l'Amérique latine et les Caraïbes représentent une proportion croissante des cas de VIH signalés dans la région UE/EEE. Parmi les personnes originaires d'Amérique latine et des Caraïbes, on estime que plus de la moitié (53 %) des cas de VIH étaient des HSH. Les HSH représentaient également 84 % des cas de VIH signalés parmi les personnes originaires d'Amérique du Sud et 46 % parmi celles provenant des Caraïbes.
91. Les HSH ont tendance à s'installer dans de grandes zones urbaines à la recherche de plus d'acceptation, de plus de possibilités de trouver des partenaires sexuels et d'une communauté homosexuelle identifiable. Un tel déplacement peut engendrer un risque accru de VIH. En prenant New York comme un exemple de destination attrayante pour les HSH, une étude récente suggère que les HSH arrivés plus récemment (au cours des 2 à 5 dernières années) courent un risque plus élevé de relations sexuelles non protégées et de forte consommation d'alcool.³² Une autre étude réalisée par CARAM Asie a révélé que les HSH en déplacement dans la région sont vulnérables au viol et au viol en bande, qu'ils craignent souvent de signaler car cela impliquerait un aveu de comportement homosexuel. Et il est extrêmement problématique d'accéder aux services dans le pays d'origine si vous retournez dans un pays religieux conservateur comme le Pakistan, le Bangladesh, le Sri Lanka ou les Philippines.³³
92. Une autre étude a évalué le risque de VIH chez les transsexuelles mobiles vivant à Lima, au Pérou, mais nées ailleurs. Elle a démontré que ces transsexuelles, en particulier les plus jeunes, affichaient de nombreux comportements à risque élevé de contracter le VIH et des IST par voie rectale.³⁴
93. Dans un document d'information publié en 2018 par le Réseau mondial des projets sur le travail du sexe, trois principales raisons expliquant la mobilité des travailleurs du sexe ont été identifiées : fuir les lois punitives, fuir la stigmatisation et les préjugés, et rechercher de meilleurs revenus et conditions de vie.³⁵ La grande majorité des travailleurs du sexe mobiles interrogés pour les besoins du rapport en Espagne (90 %) ont déclaré s'y être installés pour mieux gagner leur vie. Beaucoup d'entre eux ont régulièrement envoyé de l'argent chez eux pour subvenir aux besoins de leurs enfants. En raison de la criminalisation et de la stigmatisation, les travailleurs du sexe de nombreux pays sont exposés aux abus et aux violences, par exemple les violences de la police et de leurs clients. Cette situation est aggravée pour les travailleurs du sexe mobiles, qu'ils aient ou non des papiers, qui risquent également de ne pas avoir le droit d'accéder aux services de santé et d'être expulsés. Une étude récente menée dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord sur les travailleurs du sexe syriens en Turquie a révélé que ce groupe était en grande partie « invisible » et peu au courant de l'existence de centres de santé proposant des services de conseil et de dépistage anonymes.³⁶
94. Si le risque de contracter le VIH varie selon les populations en fonction de leur statut de population clé, il existe également des risques évidents associés aux déplacements entre des zones présentant différents taux de prévalence du VIH. Les disparités mondiales en termes de prévalence continueront d'affecter les pays d'origine et les pays de destination quels que soient leurs programmes et politiques de santé nationaux propres, mais pourraient peser davantage sur les pays d'origine lorsque des personnes mobiles sont renvoyées chez elles à cause du VIH ou de la tuberculose. Le Fonds mondial tente de relever ce défi en intégrant la tuberculose, le paludisme et le VIH, tout en tenant compte de la diversité des environnements opérationnels complexes.³⁷

95. Les personnes en déplacement sont reconnues comme une population clé touchée par la tuberculose, avec une morbidité et une mortalité dues à la tuberculose accrues en partie en raison d'un traitement tardif et de l'incidence de la pharmacorésistance. Dans les pays où le problème de la tuberculose est faible ou modéré, la prévalence parmi les migrants internationaux est souvent élevée. Les personnes qui se déplacent vers ou en provenance de pays à forte charge de morbidité sont confrontées à de nombreux facteurs qui contribuent à accroître leur vulnérabilité à la tuberculose et entravent considérablement l'accès aux services et aux traitements. Les personnes mobiles sans papiers, hébergées dans des centres de détention, réduites au travail forcé ou à la traite, ou déplacées de force sont toutes particulièrement vulnérables à l'infection tuberculeuse.
96. Selon l'OMS, près de 500 millions de personnes pourraient être atteintes d'hépatite virale, faisant plus d'un million de victimes par an. De 8 à 16 millions d'infections par le virus de l'hépatite B par an résultent probablement du partage de matériel d'injection de drogues contaminé. La mobilité de la population, en particulier les déplacements massifs de personnes, en provenance, en transit ou vers des pays à prévalence élevée, constitue un défi pour les systèmes de santé concernés.
97. Les déplacements peuvent exporter et importer des risques épidémiologiques, y compris ceux liés à des infections chroniques telles que la tuberculose, les hépatites B et C, le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. Le fait de se concentrer exclusivement sur l'épidémiologie nationale afin d'établir des prévisions de soins de santé concernant le volume ou le fardeau d'une maladie restera vain si les populations mobiles ne sont pas prises en compte. En outre, de plus en plus de données montrent que des résultats plus efficaces pourraient être atteints en renforçant les interventions de lutte contre la maladie dans les pays d'origine grâce à un nombre accru de dépistages et de traitements, au lieu d'utiliser des mécanismes de dépistage tels que les analyses médicales obligatoires sur les sites de destination.
98. En général, les systèmes de santé ne se sont pas suffisamment adaptés aux défis croissants associés à la taille, à la vitesse et aux disparités des schémas modernes de mobilité humaine. L'accès et l'utilisation des services de santé varient d'un pays à l'autre, de même que les services eux-mêmes. Les systèmes d'assurance sont souvent rigides et limités au niveau des services fournis aux personnes en déplacement. La CSU semble être le système le plus approprié pour assurer une couverture complète des populations mobiles.

« Le système de santé canadien ne permet pas de répondre efficacement aux besoins des personnes transgenres racialisées. Ces personnes ont besoin d'un endroit sûr pour pouvoir se connecter aux services. Mais lorsqu'elles se connectent, elles sont souvent victimes de transphobie de la part des prestataires de soins de santé. Une éducation, des recours juridiques, des politiques et des pratiques permettant d'aider ces populations seraient utiles. »

- Alliance pour la prévention du sida en Asie du Sud, Toronto

99. En Europe, les populations mobiles sont surreprésentées dans l'épidémie de VIH. Les recherches indiquent que les possibilités de prévention du VIH parmi les personnes en déplacement en Europe sont en train d'être manquées, notamment le développement du dépistage communautaire, le nombre accru de tests d'état initiés par les prestataires en soins primaires, la prophylaxie pré-exposition et le « traitement préventif » chez les HSH.

100. Il n'est pas rare que les HSH qui, au départ, ont été diagnostiqués séronégatifs dans un pays européen récepteur contractent le VIH par la suite.³⁸ De même, l'hépatite B chronique est une question de politique de santé publique importante en Europe. La maladie affecte de manière disproportionnée les personnes en déplacement des zones à prévalence moyenne à élevée. Cependant, le dépistage de l'hépatite B chronique n'est pas systématiquement proposé aux personnes en déplacement à travers l'Europe ; en conséquence, les tests et le traitement ne sont pas optimaux.³⁹ Parmi les autres opportunités manquées, citons l'accès limité ou inexistant aux soins de santé publics pour les migrants sans papiers dans la plupart des pays et les obligations de signalement aux autorités de l'immigration.
101. La stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et des populations clés au sein du système de santé constituent un aspect particulier de la vulnérabilité au VIH liée aux disparités du système de santé. Cette discrimination fait référence à « un traitement injuste (par un acte ou une omission) d'un individu sur la base de son statut VIH réel ou supposé, ou du fait qu'il appartient à un segment de la population perçu comme présentant un risque plus élevé de contracter le VIH ou comme étant plus vulnérable au VIH. »⁴⁰ La discrimination peut être dirigée contre les populations clés et les groupes vulnérables (par exemple les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les HSH, les transsexuelles et les transsexuels, les peuples autochtones et les personnes en déplacement). Les personnes peuvent être confrontées à cette stigmatisation et à cette discrimination à n'importe quel stade du processus de mobilité, ce qui peut provoquer le déplacement de ces populations.
102. Les compétences requises des professionnels de la santé pour répondre aux besoins de la grande variété de personnes en déplacement font encore défaut dans le monde. Les résultats en matière de santé dépendent du niveau de santé générale de l'individu ainsi que des aspects sociaux, éducatifs, économiques, médicaux et culturels des lieux où l'individu se rend, du lieu de départ au lieu d'arrivée. Ceux qui ont été les plus menacés au cours de ce processus sont les plus vulnérables.
103. Les populations qui sont moins en mesure de contrôler leur expérience de mobilité font face à des risques particuliers, par exemple les réfugiés, les populations déplacées, les victimes de la traite ou les migrants sans papiers. Selon la situation, les femmes, les personnes âgées et les enfants sont également exposés à des risques importants. Parfois, une migration régularisée peut entraîner une perte de contrôle de certaines circonstances, par exemple chez les travailleurs domestiques qui se retrouvent isolés dans la maison de leur employeur où ils peuvent être victimes d'abus, y compris d'abus sexuels. Les personnes en déplacement peuvent ne pas connaître la langue du pays d'accueil et avoir des présupposés culturels sur la santé différents de ceux du pays ou de la localité d'accueil. Ces expériences et circonstances variées, en particulier dans le contexte de mouvements massifs de personnes, posent un énorme problème de compétences en matière de soins de santé. Cela souligne également le besoin urgent de renforcement des capacités et des investissements, par exemple pour lutter contre la stigmatisation et les attitudes négatives ainsi que pour surmonter les barrières linguistiques.⁴¹

Impacts du processus de mobilité lui-même

104. Les déplacements de population sont une constante humaine. De nombreux pays, en particulier les plus industrialisés ayant un taux de natalité faible et une population vieillissante, dépendent des migrants internationaux pour leur croissance à long terme. Cependant, cette migration peut engendrer de nombreux changements, notamment des modifications dans la composition raciale et culturelle, et peut conduire à l'émergence de nouveaux groupes politiques ayant leurs propres revendications. Une des réactions à

l'augmentation actuelle de la mobilité humaine est une réaction hostile, certains États ayant adopté ou étant revenus à des lois et procédures rigoureuses en matière d'immigration. Ces réactions aggravent les vulnérabilités en matière de santé et de VIH auxquelles les personnes en déplacement sont exposées.

105. Chaque phase du processus de déplacement a ses propres impacts et ses propres vulnérabilités au VIH. Une personne part de l'environnement de santé existant dans son propre pays, éventuellement avec des pathologies spécifiques. Cette phase préalable au départ serait idéale pour mener des activités de promotion de la santé via une collaboration entre les pays d'origine et de destination, mais cela est rare. La principale exception à cette règle concerne les pays impliqués dans une importante migration de main-d'œuvre hautement qualifiée où il existe quelques exemples de sensibilisation avant le départ aux risques pour la santé et aux droits aux services, y compris les systèmes multilatéraux d'assurance sociale. Pendant les déplacements, les personnes peuvent alors faire face à une série de problèmes de santé liés à l'exposition, à la privation, à la faim, à l'isolement, aux traumatismes, aux abus et même à la torture.
106. La majorité des activités liées à la politique de santé concernent la phase d'arrivée dans une nouvelle destination. Cette phase peut être particulièrement risquée si elle implique une interception et une détention temporaire, comme cela peut être le cas pour les demandeurs d'asile, les personnes déplacées, les réfugiés ou les travailleurs sans papiers. Dans le contexte européen, la Commission européenne a encouragé l'intensification de la détention et de l'expulsion et a tendance à limiter ses préoccupations en matière de droits de l'homme au sauvetage de vies humaines.⁴² Par exemple, les demandeurs d'asile arrivant sur des îles grecques doivent attendre dans des centres d'enregistrement ou des camps jusqu'à ce que des décisions soient prises quant à leur transfert vers le continent. Les demandeurs d'asile peuvent être tenus d'y vivre pendant un an, dans des conditions souvent sordides et désespérées, avec un accès insuffisant aux services de santé.
107. Au cours de la phase de retour temporaire ou permanent dans un pays d'origine, il peut y avoir des risques supplémentaires pour la santé, en particulier pour les enfants. Par exemple, les personnes qui retournent dans les communautés rurales et ne bénéficient pas de services de conseil et de dépistage du VIH adaptés ou d'un accès aux services peuvent transmettre le VIH sans le savoir à leurs partenaires ou la tuberculose à des membres de leur famille.
108. L'un des impacts les plus importants du processus de mobilité sur la santé est lié aux tentatives croissantes d'exclure les régions frontalières du droit et des obligations en matière de droits de l'homme, ignorant ainsi les droits de l'homme des populations mobiles. En conséquence, les frontières sont de plus en plus dangereuses, en particulier pour les migrants sans papiers. Les personnes peuvent être soumises à des restrictions de voyage fondées sur leur statut VIH, à un dépistage obligatoire du VIH, à un accès insuffisant aux services de santé tels que le dépistage du VIH et de l'hépatite, à la surpopulation et à la rétention de passeports.
109. Par exemple, il existe des preuves manifestes de violations de droits de l'homme dans le centre de déportation de Lindela en Afrique du Sud qui a enregistré un nombre élevé de décès en détention et où l'accès aux soins de santé et le contrôle des infections sont rares. De nombreux individus y sont détenus depuis des mois.⁴³ Les personnes mobiles peuvent également faire l'objet d'un retour forcé, même dans des pays où elles risquent d'être persécutées, et même si le droit international l'interdit. La déportation des personnes vivant avec le VIH mobiles incluait une quarantaine dans certains pays. Le retour prématuré à la maison, associé à un manque de conseil ou d'orientation, expose les personnes mobiles et leurs partenaires à un risque de transmission.

110. Les personnes peuvent également faire face à des défis différents selon les systèmes juridiques des pays de destination. Les HSH sont criminalisés dans certains pays et la consommation de drogues et le commerce du sexe le sont aussi dans la grande majorité des pays. De nombreux pays interdisent la participation des migrants à leur industrie du sexe ou interdisent aux individus qui sont des travailleurs du sexe « connus » d'immigrer. Cela transforme la vaste majorité des travailleurs du sexe mobiles dans le monde en migrants sans papiers. On refuse aux travailleurs du sexe mobiles la protection du travail et les droits civils et cela augmente leur vulnérabilité à l'exploitation par le travail et aux conditions de travail dangereuses. Entrer dans un tel pays expose une personne en déplacement à un risque accru de se voir refuser l'accès aux soins de santé et à une augmentation de sa vulnérabilité au VIH.

« Le projet de révision actuel du code pénal en Indonésie inclura les préservatifs, en tant qu'outils contraceptifs, comme preuve en vertu du code pénal - le projet de révision inclura la criminalisation du personnel non autorisé (personnel non médical) assurant la promotion préventive d'outils contraceptifs. Cela signifie que les travailleurs des ONG, qui apportent un soutien aux travailleurs du sexe, ne seront pas autorisés à promouvoir l'utilisation de préservatifs dans leurs efforts de prévention. De plus, en raison de la fermeture forcée des maisons closes, de nombreux lieux où les travailleurs du sexe exercent leurs activités ne peuvent plus être utilisés et l'Organisasi Perubahan Sosial Indonesia ne peut donc pas intervenir pour garantir l'utilisation de préservatifs (par les clients), ce qui était généralement fait dans ces lieux. »

– Organisasi Perubahan Sosial Indonesia (Réseau de travailleurs du sexe en Indonésie)

111. Une difficulté juridique récente prend la forme d'efforts visant à criminaliser certains types d'aide humanitaire. Le Bureau of Land Management des États-Unis a inculpé des personnes pour avoir laissé des bouteilles d'eau aux personnes qui passaient illégalement du Mexique aux déserts de l'Arizona, malgré le fait que des milliers de personnes soient mortes au cours de ces traversées.⁴⁴ La Hongrie a récemment criminalisé certaines formes d'aide humanitaire dans le cadre de ses nouvelles lois dites « Stop Soros », invoquant la nécessité d'arrêter la migration, de sécuriser ses frontières et de protéger la sécurité nationale.⁴⁵

112. Ces évolutions mettent en évidence le défi que représente le fait de répondre avec humanité aux besoins et aux droits de toutes les personnes en déplacement et de veiller à ce que l'aide humanitaire ne soit pas qualifiée de crime. Les droits de l'homme ne cessent pas d'exister lorsque des personnes se déplacent ou arrivent à des frontières internationales : la gestion de l'immigration et des frontières doit être assurée dans le respect des droits de l'homme.

113. Plus il y a d'obstacles à la santé dans le processus de mobilité humaine, plus les problèmes de santé qui en résultent sont graves. Cela signifie des coûts de traitement plus importants et une mortalité plus élevée. La santé doit faire partie intégrante de la mobilité de la population au niveau national et mondial, des discussions et de la planification en matière de politique étrangère.

Résumé

114. L'analyse documentaire met en évidence cinq tendances géopolitiques en matière de mobilité de la population contemporaine. Ces tendances ont un impact majeur sur la riposte au sida parmi les populations mobiles. Si nous ne nous adaptons pas

correctement à ces réalités, les coûts humains continueront d'être inacceptables et nous ne pourrions pas atteindre nos objectifs 2030.

« La plupart des ONG existantes se concentrent sur les services : consulter, dépister et traiter ; mais rien de plus. Pas de programmes d'autonomisation des migrants, pas de formations sur la diversité pour les travailleurs sociaux, un soutien limité en ce qui concerne la procédure de demande d'asile ou la légalisation des sans-papiers. »

- Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin

115. L'analyse indique également plusieurs pistes de bonnes pratiques qui, si elles étaient mises en œuvre et étendues, pourraient nous donner une meilleure chance d'atteindre nos objectifs à l'horizon 2030. Ces bonnes pratiques incluent :

- Implication significative des personnes en déplacement ainsi que de la société civile, en particulier de celles issues des populations clés ;
- Réforme efficace de la législation et/ou de la réglementation, par exemple la dépénalisation de certains comportements de populations clés (HSH, consommateurs de drogues injectables, travailleurs du sexe) et la fin de la discrimination dans la législation sur l'immigration contre certaines formes de travail à prédominance féminine ;
- Renforcement des capacités des personnes en déplacement, des professionnels de la santé, des organisations dirigées par une population clé et des prestataires de services communautaires pour assurer des services adaptés d'un point de vue culturel et linguistique et des services fiables ;
- Systèmes de santé nationaux intégrant la question de la mobilité des personnes, y compris la CSU ainsi qu'un suivi et un financement efficaces des services de santé ;
- Continuité des soins/continuum de soins avant le départ, en transit, à l'arrivée, lors de la détention et au retour, y compris via des systèmes de passeport médical, une formation utile avant le départ et après l'arrivée, des interventions sanitaires, des lieux accessibles pour les services, des systèmes d'orientation communautaires ;
- Lutte contre la stigmatisation et la discrimination en sensibilisant le public à la valeur sociale et économique de la mobilité de la population ;
- Protection contre l'exploitation économique des personnes en déplacement, y compris celle des enfants ; et
- Réponses efficaces aux vulnérabilités des migrants sans papiers en matière de VIH et de co-infections.

4. VOIX DE LA COMMUNAUTÉ

Entretiens, enquêtes et groupes de discussion

116. La délégation a rassemblé des expériences de la communauté et des autodéclarations illustrant les principaux défis liés aux expériences de mobilité et de VIH des personnes. Cela s'est fait principalement via des entretiens avec des personnes en déplacement et des parties prenantes ainsi que via des réponses à des sondages. Des entretiens ont été menés dans toutes les régions représentées au sein de la délégation : Afrique, Asie-Pacifique, Europe, Amérique latine et Caraïbes et Amérique du Nord. Des citations de personnes en déplacement et de parties prenantes ont été insérées tout au long du rapport.

« J'ai émigré à cause de la situation de violence au Venezuela et de la pénurie de nourriture. Je voulais une vie meilleure pour moi-même. Le gouvernement devrait prendre des dispositions pour les migrants, la société civile devrait disposer d'un réseau pour pouvoir savoir où se trouvent les migrants et les migrants devraient former une organisation pour porter leurs problèmes au niveau national. Je n'ai pas accès aux soins de santé. J'ai un emploi stable et officiel mais je n'ai pas de document prouvant mon statut de migrant. »

- Jessica, travailleuse du sexe transgenre, Venezuela

117. La majorité des personnes interrogées avaient un emploi, avaient accès à des soins de santé et avaient une bonne connaissance des services disponibles pour le VIH et la tuberculose et, dans une moindre mesure, pour l'hépatite. Environ la moitié de ces personnes se sont identifiées dans un groupe de population clé. Les personnes interrogées venaient de 28 pays d'origine différents, principalement la Colombie, l'Inde, la Jamaïque, le Kenya, le Nigéria, les Philippines, la Pologne, les États-Unis, la Zambie et le Venezuela. Une observation notable est l'impact des déplacements de population du Venezuela sur les pays voisins d'Amérique latine où la plupart des personnes en déplacement dans la région seraient des hommes qui sont en déplacement depuis moins d'un an.
118. Les personnes en déplacement ont reconnu une série de facteurs susceptibles d'accroître la vulnérabilité au VIH et aux co-infections. Ces facteurs comprenaient les barrières linguistiques et culturelles, la peur de demander/d'accéder à des services et d'être signalés aux autorités, le manque d'accès à des services ciblés pour les personnes en déplacement, le manque de compréhension du système de soins de santé, les mauvaises conditions de vie, les comportements et les pratiques sexuelles à risque, l'absence d'accès aux services de prévention. Vous trouverez ci-dessous trois résumés d'entretiens de personnes en déplacement qui illustrent les problèmes pertinents.

« Je viens d'une région très isolée de Subang, à l'ouest de Java, où les possibilités d'emploi sont très limitées. De plus, je suis une femme, cela signifie que j'ai encore moins de chances que les hommes. J'ai donc décidé de rejoindre une agence et de travailler dans un autre pays. J'ai vécu dans différents pays (principalement des pays du Moyen-Orient) et dans différentes villes où j'ai exercé le travail que j'exerce actuellement. Cependant, depuis que j'ai découvert mon statut VIH, je ne suis pas retournée dans mon agence pour travailler dans un autre pays car un bilan médical est effectué avant de quitter le pays et comprend un test de dépistage du VIH. En travaillant dans les pays du Moyen-Orient, j'ai pu économiser beaucoup d'argent pour aider ma famille dans mon pays.

Je dois toujours récupérer mon traitement antirétroviral mensuel et il ne m'est pas possible de rentrer chez moi tous les mois. Par conséquent, j'ai besoin que quelqu'un aille récupérer mon traitement antirétroviral tous les mois et me l'envoie là où je suis. Mais je dois quand même m'y rendre tous les 3 mois. Heureusement, je travaille avec une famille qui comprend la situation et me laisse rentrer chez moi tous les 3 mois. Je connais d'autres personnes qui doivent arrêter leur traitement antirétroviral parce que la famille avec laquelle elles travaillent ne connaît pas leur statut VIH et ne leur permet pas de rentrer chez elles régulièrement.

Toutes mes inscriptions administratives sont effectuées dans ma ville natale. Il m'est donc difficile d'accéder aux services dans une autre ville. Le fonctionnement de l'assurance nationale en Indonésie est basé sur le lieu de résidence. Je n'ai pas effectué de test de

CD4 ni de test de charge virale au cours des 2,5 dernières années, et si je dois payer, ce sera trop cher. J'ai perdu une opportunité d'emploi à cause de mon statut VIH, même si j'ai maintenant un autre emploi. »

- Nani, femme hétérosexuelle et migrante interne vivant avec le VIH, Indonésie

« Vous n'avez accès à rien, aucun accès aux soins de santé, vous ne pouvez pas travailler. Vous ne pouvez rien posséder en votre nom. Vous n'avez pas d'identité, de permis de travail et de numéro d'assurance sociale qui puissent vous aider. Lorsque vous commencez à travailler avec des papiers d'identité, vous commencez à y avoir accès. C'est aussi très difficile si vous voulez vous déplacer. Il est primordial d'avoir des papiers. Vous en avez besoin pour la banque, le travail, la sécurité. Cela peut prendre des années pour obtenir des papiers. Si vous tombez malade, il vous suffit de vous promener pour trouver un hôpital qui vous acceptera et vous traitera. Vous êtes séparé de ce qui vous définit en tant que personne. Vous quittez votre pays, votre culture, votre identité. Croyez-moi, ce n'est pas facile.

Le gouvernement et les ONG doivent développer un système de soutien pour atteindre les personnes dans ma situation et les aider en leur fournissant des informations générales et en satisfaisant leurs besoins de base. Nous avons besoin d'informations de base sur la meilleure façon d'obtenir des papiers d'identité/de faire une demande de statut juridique sans mettre en péril notre séjour. Il est nécessaire de sensibiliser les gens à la situation des migrants. Les migrants tombent malades, ont besoin de soins de santé. Les ONG pourraient mettre en place des programmes de volontariat pour les migrants afin de les aider à développer leurs compétences et à améliorer leur connaissance de la langue. Il est important d'apprendre à travailler dans le nouveau pays.

En tant que réfugié/migrant, vous pouvez vous retrouver dans des situations très vulnérables, vous pouvez finir par faire des choses que vous ne feriez pas en temps normal ou que vous n'envisageriez même pas de faire.

Je pense simplement qu'être un réfugié/immigrant est une décision difficile à prendre. Vous ne savez pas ce que c'est vraiment jusqu'à vous retrouver dans cette situation. Cette situation a ses propres défis que vous ignorez jusqu'à y être confronté. J'ai eu de la chance. J'ai un endroit où je peux rester et ma famille est ici. Et pourtant, c'est toujours très difficile. C'est très difficile, vous ne savez pas ce qui va se passer par la suite. C'est vraiment difficile. Les gens continueront à immigrer. Ils pensent qu'aller ailleurs, dans un nouvel endroit, sera mieux. »

- Pelagia, femme hétérosexuelle et migrante internationale, Zimbabwe

« J'ai vécu un incident très terrifiant avec la police au Mexique, j'ai été attaqué, battu dans un fossé et laissé nu au milieu de la nuit. C'est alors que j'ai réalisé que je devais quitter le Mexique. J'ai marché, marché et une famille m'a invité à San Francisco.

Nous avons besoin de justice « linguistique » et d'un engagement en faveur de l'accessibilité linguistique. Il y a un manque total d'appréciation de ce problème. Cela va bien au-delà de la traduction. Les gens n'ont ni connaissance ni expérience de l'anglais technique. La vie en tant que locuteur non natif est extrêmement difficile.

Ce qu'il faut, c'est un engagement international en faveur de la justice raciale. Les migrants et les réfugiés doivent participer de manière significative aux communautés locales et le défi est de taille. Nous avons besoin d'emplois pour les migrants vivant avec le VIH.

La communauté des personnes vivant avec le VIH doit accepter un programme de justice raciale. La communauté des migrants doit lutter contre le VIH. Les deux mondes doivent se rejoindre. À défaut, je serai confronté à de nombreux obstacles : gay, latino, séropositif, migrant. Cela peut être écrasant. Nous devons créer des centres d'accueil et des lieux où les migrants peuvent donner à la communauté et les uns aux autres. Je suis un défenseur averti de la lutte contre le VIH et j'ai eu beaucoup de difficultés à obtenir les soins dont j'avais besoin, des soins professionnels et adaptés à ma culture, à qui je suis. »

- Marco, HSH vivant avec le VIH, en déplacement, Mexique

119. En outre, la délégation a également recueilli les contributions de plusieurs parties prenantes et prestataires de services impliqués dans la riposte au sida dans les cinq régions. Ces parties prenantes participent à diverses activités, notamment les services directs liés au VIH, l'élaboration de politiques, le soutien juridique, les activités de plaidoyer et de campagne, la recherche, le renforcement des capacités et les cours de langue. La majorité ont déclaré impliquer les personnes en déplacement en tant que pairs dans la réalisation de leurs activités, par exemple dans les domaines du leadership et de la gestion, des services de première intention, du bénévolat et de la recherche.
120. En général, ces parties prenantes ont noté des besoins et des défis similaires à ceux identifiés par les personnes en déplacement, notamment l'absence de protections de base, l'obtention d'un statut attesté par des documents/la légalisation, le manque de connaissances sur le VIH et les co-infections, le manque de sensibilisation et d'accès à des soins de santé et autres services adaptés d'un point de vue culturel et linguistique, la recherche d'un emploi, la stigmatisation et la discrimination, l'isolement, la pauvreté, le manque de logement, les problèmes de santé mentale, la peur de la violence, la peur de la criminalisation/détention et de l'expulsion, la perte d'identité, le traumatisme.
121. De brèves citations des parties prenantes sont insérées tout au long du rapport.

ÉTUDES DE CAS DES BONNES PRATIQUES

Cette section présente des exemples de bonnes pratiques pouvant être reproduites et/ou intensifiées pour améliorer la riposte au sida et soutenir la réalisation de notre objectif 2030 d'éradication du sida en tant que menace pour la santé publique.

1. Fondation MAP, Chiang Mai, Thaïlande

La Thaïlande compte plus de 2 millions de travailleurs migrants en situation régulière originaires des pays voisins, à savoir le Myanmar, le Cambodge et la RDP lao, et un nombre inconnu de migrants sans papiers. Les migrants qui sont correctement enregistrés sont censés avoir soit une assurance maladie pour migrants, soit une sécurité sociale. Cependant, il existe de nombreux cas de travailleurs migrants qui ne bénéficient pas d'une couverture santé en raison de la négligence des courtiers ou des employeurs. Une politique autorisant les migrants sans papiers à souscrire une assurance santé a été abandonnée en raison de la réticence des hôpitaux. Maintenant, les migrants en situation régulière sans couverture santé adéquate et les migrants sans papiers doivent payer tous les services de santé et liés au VIH.

Bien que les migrants bénéficiant d'une assurance maladie aient accès à un traitement antirétroviral gratuit, le dépistage volontaire du VIH n'est pas pris en charge. Les barrières linguistiques, le manque de confiance et les contraintes en matière de localisation et de délai de la prestation des services sont d'autres obstacles auxquels les migrants sont confrontés dans leur tentative d'accès aux services de conseil et de dépistage du VIH des

établissements de santé publics thaïlandais. En conséquence, les migrants vivant avec le VIH sont souvent diagnostiqués à un stade plus avancé de l'infection à VIH.

La Fondation MAP, une ONG locale œuvrant à la promotion et la protection des droits des travailleurs migrants dans le Nord de la Thaïlande, est un sous-bénéficiaire du projet du Fonds mondial « STAR - Halte à la tuberculose et au sida grâce au RRTR (Reach, Recruit, Test, Treat and Retain, soit Atteindre, Recruter, Dépister, Traiter et Fidéliser) ». Afin d'accroître l'accès des migrants au test de dépistage du VIH, la Fondation MAP a ouvert son propre Centre de dépistage médical (CDM) dans une communauté de migrants. Le centre encourage les migrants à effectuer un test de dépistage du VIH, par exemple en ajoutant des tests de dépistage de la syphilis et de l'hépatite B et C à l'ensemble des tests gratuits.

Des membres du personnel de la Fondation MAP formés, qui sont eux-mêmes des migrants, aident à fournir des conseils dans les langues des migrants et assurent la coordination avec la communauté des migrants, tandis que des cliniciens fournissent des conseils et administrent les tests. Grâce à un partenariat avec un organisme de recherche international et une université locale, le centre dispose d'équipements de test parmi les plus avancés et fournit des résultats de test rapides et précis. Tous les cas de VIH ou d'autres problèmes de santé sont ensuite soumis à des tests de confirmation et à un traitement.

Au cours des deux dernières années, la Fondation MAP a fourni des dépistages et des conseils à plus de 315 migrants par le biais du centre et a orienté 11 travailleurs migrants séropositifs vers des services de traitement. Toutefois, le soutien du Fonds mondial à la Thaïlande devrait prendre fin en 2020. Le gouvernement thaïlandais, quant à lui, ne peut utiliser les fonds publics pour soutenir les services destinés aux non-Thaïlandais. Il est important pour les travailleurs migrants que les centres de santé communautaires tels que la Fondation MAP soient reconnus et soutenus en tant que moyens de fourniture des services liés au VIH.

Cette bonne pratique permet une implication significative et le renforcement des capacités des personnes en déplacement, une collaboration avec les prestataires de soins de santé locaux, et l'intégration du test de dépistage du VIH dans d'autres services de dépistage volontaires communautaires pour réduire la stigmatisation.

2. SValley AIDS Services, basse vallée du Rio Grande, États-Unis

Le Texas a une frontière de près de 3 200 kilomètres avec le Mexique, dont une grande partie est infranchissable. La frontière le long de la basse vallée du Rio Grande est beaucoup plus accessible, avec un fleuve facilement traversable, de nombreuses villes agricoles transfrontalières et un certain nombre de points d'entrée officiels. En conséquence, quelque 30 000 immigrants arrivent chaque année aux États-Unis le long de cette partie de la frontière sans autorisation officielle. Beaucoup fuient la violence des gangs au Mexique et en Amérique centrale, d'autres fuient la pauvreté et la violence domestique, et certains fuient la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. Enfin, un certain nombre de personnes qui savent qu'elles vivent avec le VIH passent la frontière afin de rechercher des soins qu'elles ne peuvent pas obtenir dans leur lieu de résidence.

Le gouvernement des États-Unis a lancé sous l'administration Obama un programme de tolérance zéro à l'égard des immigrés sans papiers, prenant notamment la forme d'expulsions massives. Ces expulsions ont été considérablement renforcées au cours des deux dernières années. Lorsque des immigrés sont arrêtés par des agents des services frontaliers, ils sont placés en détention, laquelle peut durer des mois, voire des années si les personnes détenues cherchent à faire appel de leur expulsion. Les conditions dans ces

centres de détention sont au moins aussi difficiles que dans les prisons. Les abus physiques et sexuels sont courants et les personnes atteintes de maladies chroniques sont souvent privées de soins médicaux.

Valley AIDS Services est une organisation non gouvernementale créée en 1987 pour aider les personnes vivant avec le VIH dans la basse vallée du Rio Grande. C'est le seul organisme de lutte contre le sida de la région à fournir une gamme de services de prévention et de traitement. L'un de ses sites de prévention du VIH se situe à seulement deux pâtés de maisons du plus grand poste frontalier de Brownsville. Il organise également des activités de prévention et de test ciblées auprès des HSH immigrés et fournit une PrEP quelle que soit la capacité de paiement d'une personne ainsi que des soins primaires mettant l'accent sur la santé des personnes LGBTI.

Pour les personnes vivant avec le VIH, Valley AIDS Services fournit des soins de santé, une gestion des dossiers et un soutien apporté par des pairs axés sur le VIH. Les services de gestion des dossiers comprennent l'envoi des personnes à un avocat afin de résoudre les problèmes liés au statut juridique. En outre, Valley AIDS Services assure le transport dans ses propres véhicules afin de dissiper la crainte des personnes utilisant ses services de se faire arrêter et placer en détention par les autorités. De plus, les groupes de soutien sont réunis de manière discrète. Lorsque des patients sont arrêtés, le Valley AIDS Council continue de leur fournir des soins médicaux pendant leur incarcération ou avant leur expulsion. En raison de son approche accueillante, environ le quart des personnes prises en charge sont des immigrés sans papiers.

Cette bonne pratique est un exemple de participation significative des personnes en déplacement de réponse juridique et sanitaire efficace aux vulnérabilités des migrants sans papiers au VIH et aux co-infections.

3. ARK-Antiaids et ECUO, Sud de la Russie (région de Rostov-sur-le-Don)

En raison de sa situation géopolitique, cette région connaît des flux migratoires intenses, les personnes venant de la région du Caucase et d'Asie centrale ou d'Ukraine. Les migrants séropositifs ne peuvent pas être enregistrés en Russie car ils risquent l'expulsion en raison de leur statut sérologique. Ils se retrouvent donc sans assistance médicale et doivent interrompre pour plusieurs raisons leur traitement antirétroviral une fois arrivés en Russie.

L'organisation locale des personnes vivant avec le VIH (ARK-Antiaids), en collaboration avec son partenaire en Ukraine, l'Union des personnes vivant avec le VIH en Europe et en Asie centrale, a développé un algorithme permettant de fournir des traitements antirétroviraux aux migrants ukrainiens, aux personnes qui se sont échappées de la République populaire de Donetsk et aux personnes qui vivaient sur le territoire annexé de la Crimée.

Grâce à un partenariat avec un centre médical local pour le VIH, ces organisations veillent à ce que les patients ukrainiens effectuent des dépistages du VIH (charge virale et cellules CD4) et reçoivent un document indiquant qu'ils ont besoin d'un traitement antirétroviral. Les copies scannées sont envoyées au bureau de Kiev ECUO et/ou aux partenaires de la République populaire de Donetsk où ils peuvent récupérer leurs médicaments, puis les envoyer par la poste ou les confier à des personnes voyageant en Russie.

Le programme a permis de traiter plus de 100 personnes en Russie qui n'avaient pas été en mesure de commencer ou de poursuivre leur traitement. Cependant, la situation nécessite une approche plus stratégique et il est urgent de travailler en partenariat avec l'Asie centrale, la Géorgie, la Lituanie et d'autres pays se trouvant sur les routes migratoires.

IMMIGRANIADA est une initiative récente qui vise à rassembler des organisations communautaires au service des personnes vivant avec le VIH en Europe orientale et en Asie centrale (en partenariat avec l'ECUO, East Europe and Central Asian Union of PLWHA, Union des PVVIHS d'Europe de l'Est et d'Asie centrale) afin de mettre en place des structures efficaces subvenant aux besoins des migrants sans papiers vivant avec le VIH.

Cette bonne pratique illustre la continuité des soins/le continuum de soins au-delà des frontières nationales et les réponses efficaces aux vulnérabilités au VIH et aux co-infections des migrants sans papiers vivant avec le VIH.

4. Réponses des organisations liées à l'Église catholique et autres organisations confessionnelles aux personnes en déplacement vivant avec le VIH et souffrant de co-infections

En avril 2016, plus de 100 travailleurs du monde entier engagés dans la réponse confessionnelle aux personnes vivant avec le VIH et affectées par le VIH se sont réunis pour partager leurs bonnes pratiques et expériences relatives aux enfants vivant avec le VIH ou risquant d'être infectés. Ils ont été rejoints par d'autres parties prenantes, notamment des représentants des gouvernements nationaux. Les exemples suivants illustrent les bonnes pratiques déployées en matière de prise en charge du VIH et d'attention accordée aux personnes en déplacement.

Le programme Mai Tam (Centre de l'espoir), situé à Hô-Chi-Minh-Ville, au Vietnam, a été lancé par des prêtres locaux en réponse à des femmes et des enfants vivant avec le VIH qui ont été abandonnés par leurs familles et se retrouvent souvent dans la rue ou dans les salles d'hôpitaux. Beaucoup de femmes ont émigré des zones rurales vers la ville et ont été victimes de trafiquants sexuels et/ou de toxicomanes. Étant donné que la plupart des mères étaient des migrantes internes sans permis de sortie de leur ville d'origine, elles ne pouvaient accéder aux soins de santé.

Les mères ont été formées à diverses compétences professionnelles et encouragées à créer leur propre entreprise. Certaines femmes travaillent dans l'industrie de la couture et d'autres ont créé avec succès une entreprise de composition florale. Grâce au financement précoce du PEPFAR, les mères et les enfants ont reçu un traitement antirétroviral. Le programme s'occupe maintenant de 87 enfants répartis dans trois centres et de plus de 200 enfants bénéficiant d'un soutien communautaire pour assurer l'observance du traitement. Alors que beaucoup de mères migrantes internes sont encouragées à envisager de retourner dans leur ville d'origine, la plupart préfèrent rester à Hô-Chi-Minh-Ville en raison de la discrimination persistante à l'égard des personnes vivant avec le VIH dans leur ville d'origine.

La Commission internationale catholique pour les migrations (CICM) est un réseau d'organisations apparentées à l'Église catholique qui viennent en aide aux personnes en déplacement, en particulier les migrants involontaires. Elle gère des programmes sur le terrain, notamment l'assistance humanitaire et la protection des réfugiés et des migrants forcés. Parmi ces organisations figurent neuf cliniques de soins de santé primaires dans des camps de réfugiés afghans situés le long de la frontière avec le Pakistan ; le personnel médical est attentif à la vulnérabilité au VIH et encourage le dépistage du VIH, en particulier chez les femmes enceintes. L'organisation assure également l'accès aux soins de santé pour les mères et les nouveau-nés dans la région de Damas en Syrie ainsi qu'aux services de santé mentale et services sociaux pour les réfugiés victimes de violences sexuelles et sexistes en Jordanie, en Malaisie et au Pakistan. La Commission a également travaillé en étroite collaboration avec l'ONUSIDA, l'OMS et l'OIM afin de promouvoir l'attention portée aux migrations et à la santé dans le pacte mondial sur les migrations et les réfugiés.

Cette bonne pratique illustre la participation significative de la société civile ainsi que la protection des personnes en déplacement contre l'exploitation économique.

5. - Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin



Les données montrent que les réfugiés homosexuels en Allemagne n'ont pas un accès équitable au système de santé, à l'information, aux conseils, au dépistage et au traitement du VIH/des IST et sont rarement impliqués dans la prévention du VIH/des IST. L'approche de santé participative basée sur la communauté fournit un outil précieux pour renforcer les capacités et permettre aux réfugiés queer et aux prestataires de services d'acquérir des connaissances et de développer des outils et des services de prévention adaptés à l'hétérogénéité de la communauté queer.

« Ta santé, tes droits » (2017-2018) est un projet communautaire de santé participatif d'une durée de deux ans visant à améliorer la participation des réfugiés homosexuels à la prévention du VIH/des IST et à créer en collaboration des supports appropriés pour la prévention du VIH/des IST. Il est mené par l'association nationale d'organisations de services communautaires de lutte contre le sida (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) et des partenaires basés à Berlin issus de différentes organisations d'immigrants, de réseaux de réfugiés militants queer, d'organisations de lutte contre le sida et de projets HSH. Les composantes du projet comprennent un atelier d'évaluation des besoins participatif multilingue, une série d'ateliers méthodologiques de renforcement des capacités, un projet artistique communautaire et une évaluation participative.

Douze réfugiés queer (femmes transsexuelles, hommes transsexuels, gays et lesbiennes) et des membres d'organisations de migrants queer ont choisi de participer au projet et ont été formés et aidés pour documenter leurs expériences et leurs besoins en utilisant des méthodes telles que la cartographie communautaire et la mise en récit. Les principaux sujets et besoins liés à la santé sexuelle ont été identifiés conjointement. Sur la base de ces résultats et dans le cadre d'un atelier artistique, les participants ont créé un concept de site Web multilingue pour les réfugiés queer qui fournit des informations utiles sur la situation juridique en Allemagne, le système de santé allemand, le VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles, et les relations sexuelles sans risque. En outre, il contient les adresses des organisations offrant des services de conseil, de dépistage du VIH/sida et de soutien.⁴⁶ L'évaluation montre que le site Web est utilisé fréquemment.

Le projet indique que la participation des réfugiés et des groupes de migrants queer est possible, si elle est facilitée. Cela nécessite des ressources, du personnel formé et engagé ainsi qu'une compréhension et une pratique de la participation incluant l'octroi d'un pouvoir de décision aux participants réfugiés. L'approche interactive et l'utilisation de méthodes de prévention et de développement de supports performatives favorables au dialogue ont fourni des possibilités de participation même aux réfugiés très traumatisés qui peuvent avoir du mal à exprimer verbalement leurs pensées et leurs sentiments. Cela a également permis la communication entre des participants qui ne partagent pas la même langue.

La participation des migrants au projet a des effets positifs à plusieurs niveaux : les personnes directement impliquées améliorent leurs compétences (autonomisation), les prestataires de services adaptent mieux leurs supports et leurs services aux besoins et aux conditions de vie des réfugiés et migrants queer, les ressources des communautés participantes sont identifiées et mobilisées, et les processus de renforcement de la communauté sont pris en charge.

Cette bonne pratique illustre l'implication significative des populations clés en déplacement (HSH, femmes transsexuelles et hommes transsexuels) ainsi que le renforcement des capacités des populations mobiles et des prestataires de services.

6. Réseau canadien pour les communautés noires, africaines et caribéennes touchées par le VIH/sida, Ottawa, Canada

Le Réseau canadien pour les communautés noires, africaines et caribéennes touchées par le VIH/sida est un réseau national d'organisations, de particuliers et d'autres parties prenantes qui se consacrent à la résolution des problèmes liés au VIH dans les communautés africaines, caribéennes et noires (ACN) du Canada. Créé en 2010, le réseau vise à compléter les activités liées à l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, en particulier chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique en Afrique et dans les Caraïbes.

En 2018, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a financé le réseau via le Fonds d'action communautaire pour le VIH et l'hépatite C dans le cadre d'un projet intitulé « Réseau canadien pour les communautés noires, africaines et caribéennes touchées par le VIH/sida (CHABAC) : Mobiliser toutes les régions pour construire une riposte efficace au VIH dans les communautés ACN. »

Dans le cadre de ce projet, le réseau élabore un modèle scientifique de programme pour les services de prévention du VIH qui est systématiquement évalué, fondé sur des données scientifiques et spécifiquement conçu pour les communautés africaines, caribéennes et noires. Le projet offre une formation à ce modèle à au moins 80 prestataires de services en Alberta, en Ontario, au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, ce qui leur permettra d'adapter leurs interventions existantes et d'en adopter de nouvelles. Par le biais de webinaires, de fiches d'information et de présentations lors de conférences, le réseau partagera largement son modèle scientifique de programme et les enseignements tirés de sa mise en œuvre.

Cette initiative est censée être un modèle de bonne pratique et peut aider à mobiliser les communautés africaines, caribéennes et noires d'autres pays afin qu'elles envisagent de développer un modèle de plate-forme régionale similaire de sorte à impliquer les communautés ACN pour qu'elles aient un impact au niveau national et qu'elles soient financées par leur gouvernement national.

Cette bonne pratique illustre l'importance d'une implication significative et du renforcement des capacités des personnes en déplacement et des organisations de la

société civile, ainsi que de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination par le biais de l'éducation publique.

7. AIDS Care China, Ruili

La ville de Ruili, dans la préfecture de Dehong, dans la province du Yunnan, est située à proximité des régions productrices d'opium du Triangle d'or et constitue le point de départ des principales routes de trafic de drogue en Chine. Les premières infections au VIH ont été détectées ici parmi des consommateurs de drogues injectables en 1989.

Environ 50 000 Birmans vivent dans le district de Jiegao à Ruili. AIDS Care China, l'organisation de liaison de l'Alliance, s'associe au gouvernement de Ruili pour gérer ici la « Meilleure clinique ». La « Meilleure clinique » offre des services uniques aux personnes vivant avec le VIH et aux consommateurs de drogues injectables, originaires des villages voisins de Ruili ou de l'autre côté de la frontière au Myanmar. Les services comprennent l'échange de seringues, l'extension du traitement d'entretien à la méthadone (TEM), le conseil et le dépistage du VIH ainsi que le traitement antirétroviral. La plupart des patients sont des migrants originaires du Myanmar et comprennent des chauffeurs routiers, des consommateurs de drogues injectables et des travailleurs du sexe.

Grâce à ces stratégies efficaces à Ruili chez les personnes vivant avec le VIH éligibles au traitement antirétroviral, le taux de mortalité a diminué de 95 % par rapport à 2005. Aucune nouvelle infection par le VIH n'a été signalée chez les consommateurs de drogues qui ont fréquenté les cliniques offrant un TEM entre 2008 et 2014 et aucun bébé né de femme enceinte vivant avec le VIH n'a été déclaré séropositif depuis 2008.

Cette bonne pratique illustre une réforme réglementaire efficace ainsi que des systèmes de santé locaux adaptés et inclusifs eu égard aux consommateurs de drogues injectables et aux personnes vivant avec le VIH qui se déplacent.

8. Brésil : Réponse au problème du Venezuela, une crise majeure pour l'Amérique latine

En raison de graves crises politiques et économiques, une importante migration de Vénézuéliens a commencé en 2015 et a considérablement augmenté. De janvier à juin 2018, près de 130 000 Vénézuéliens sont entrés au Brésil et environ 60 000 ont demandé une régularisation de leur statut de migrant. Le gouvernement brésilien a accepté de recevoir les Vénézuéliens, mais l'afflux croissant de personnes pose de gros problèmes aux services de santé publique de la région du Nord.

La détermination du gouvernement brésilien à accueillir les Vénézuéliens est fondée sur la nouvelle loi sur les migrations (n° 13 445) qui donne accès aux services publics de santé et de protection sociale et à la sécurité sociale sans discrimination fondée sur la nationalité et le statut migratoire. Le système de santé unifié brésilien (qui offre un accès universel et gratuit à la santé) garantit également l'accès des migrants à des soins de santé complets.

Dans ce contexte, un plan d'action intégré pour la santé a été élaboré pour orienter et organiser une réponse rapide au flux migratoire dans l'État du Roraima. Ce plan prend la forme d'actions du gouvernement fédéral, du gouvernement de l'État du Roraima et des municipalités de Boa Vista, Pacaraima et autres municipalités touchées par les flux migratoires. Afin de pouvoir accueillir des milliers de Vénézuéliens, 10 centres d'hébergement ont été construits dans la capitale de l'État (Boa Vista), où des services de vaccination et de promotion de la santé sont également fournis.

En ce qui concerne la prévention et les soins du VIH, le plan préconisait déjà le renforcement des capacités de plus de 100 professionnels de la santé (médecins, infirmières et pharmaciens) en matière de diagnostic et de gestion clinique du VIH et des autres IST, en veillant à éviter la stigmatisation et la discrimination. Le plan encourageait également la restructuration des services de santé liés au VIH, en mettant l'accent sur la décentralisation. Il est important de souligner que le dépistage du VIH et d'autres IST n'est pas obligatoire ; les services sont offerts dans les établissements de santé et les centres d'hébergement sur une base volontaire.

Le traitement du VIH est garanti à toutes les personnes vivant avec le VIH au Brésil, qu'elles aient ou non la nationalité brésilienne. Selon le système public de distribution des traitements antirétroviraux, le nombre de nouveaux patients vénézuéliens traités par antirétroviraux a été multiplié par 5,5 entre 2016 (16 nouveaux patients) et juin 2018 (104 nouveaux patients).

Enfin, le soutien du Brésil aux Vénézuéliens dépasse les frontières du pays. Conscient que la Colombie a accueilli un important contingent de migrants, le Brésil vient de faire don de médicaments de première intention (ténofovir/lamivudine + dolutégravir) afin de traiter 500 Vénézuéliens dans ce pays.

Cette bonne pratique illustre une réforme efficace du droit et/ou de la réglementation, le renforcement des capacités des professionnels de la santé et la mise en place de systèmes de santé nationaux sensibles aux besoins des personnes en déplacement.

9. Kirghiz Indigo - des services pour les HSH en déplacement au Kirghizistan

Kyrgyz Indigo est une association publique qui soutient la communauté lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre et intersexe (LGBTI) au Kirghizistan. Ses activités visent à promouvoir des modes de vie sains, à renforcer la santé psychologique, à renforcer les capacités, à fournir des refuges à Bichkek, à fournir un soutien à Och et à défendre les droits des personnes LGBTI.

Kyrgyz Indigo a été fondée en 2009. L'organisation fournit une protection juridique, réagit aux violations des droits de l'homme, mène des recherches, préconise des interventions de prévention inclusives et des soins de santé durables et rassemble les institutions nationales et internationales pour promouvoir la non-discrimination. Elle a également organisé des formations sur le leadership et l'activisme, les droits et le genre, le VIH, les IST, l'hépatite, la tuberculose et le maintien d'un mode de vie sain.

Le Kirghizistan connaît des migrations internes et externes. Les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes émigrent principalement pour poursuivre des études ou travailler. Les migrations internationales s'expliquent principalement par la recherche de revenus plus élevés et/ou d'une plus grande liberté, ou pour éviter l'oppression psychologique ou la violence culturelle, y compris les mariages forcés. La migration et le travail réduisent la dépendance financière vis-à-vis des parents et la pression émotionnelle poussant à manifester sa masculinité par le mariage et le fait d'avoir des enfants.

Le Kirghizistan est un pays qui offre des possibilités spécifiques aux migrants internes et externes. Les migrants HSH internes peuvent recevoir gratuitement des conseils et effectuer des tests de dépistage du VIH grâce à des organisations non gouvernementales ou des institutions gouvernementales. Ils peuvent également utiliser un dispensaire dans la capitale, même s'ils n'ont pas de permis de résidence dans la ville. Le traitement pour tous contre le VIH, y compris les citoyens étrangers, est gratuit.

Kyrgyz Indigo opère dans la capitale du pays et propose des dépistages rapides et un soutien social qui font l'objet d'une large publicité. L'organisation gère également un centre d'hébergement qui fournit un espace de sécurité temporaire, des repas chauds, des services sociaux, psychologiques et juridiques aux victimes de violences et aux migrants.

Cette bonne pratique montre qu'il est possible de fournir des services de santé adaptés et inclusifs destinés à des populations clés et aux HSH mobiles, et d'éviter la stigmatisation et la discrimination.

10. Action for Health Initiatives (ACHIEVE, Inc.), Philippines

L'incidence de l'infection au VIH chez les travailleurs philippins à l'étranger (TPE) a augmenté régulièrement au fil des ans. Le registre philippin des personnes atteintes du VIH/sida et des personnes recevant des traitements antirétroviraux a indiqué que 10 % (5 889) des Philippins diagnostiqués séropositifs de 1984 à juin 2018 (56 275) étaient des TPE. Soixante et onze pour cent (4 181) des TPE diagnostiqués séropositifs étaient des hommes et environ 86 % d'entre eux avaient contracté le VIH suite à des rapports sexuels non protégés avec d'autres hommes. En réponse, Action for Health Initiatives (ACHIEVE) a combiné la mobilisation de la communauté, le renforcement des capacités institutionnelles et le plaidoyer, fondés sur des recherches en matière d'action participative.

ACHIEVE a mené de nombreuses études sur les liens entre migration et VIH et a utilisé les résultats pour développer un programme de formation visant à renforcer la riposte au VIH pour les TPE dans les pays de destination. Travaillant en étroite collaboration avec l'Institut du service extérieur (ISE), l'école de diplomatie du ministère des Affaires étrangères, depuis 14 ans, ACHIEVE a formé 14 groupes d'agents du service extérieur (ASE) au traitement des besoins et des préoccupations des Philippins en matière de VIH dans les pays de destination. Les agents du service extérieur sont formés pour être des diplomates de carrière et de futurs ambassadeurs.

Ces formations comprennent la sensibilisation au VIH et aux réalités de la migration, la réduction de la stigmatisation par le biais d'émissions-débats avec des TPE vivant avec le VIH, et le renforcement des compétences en matière d'entretiens et de conseils. La formation a été complétée par un guide sur le traitement des problèmes liés au VIH chez les TPE dans les pays de destination, guide qu'ACHIEVE a également publié et diffusé à l'étranger via tous les bureaux de poste philippins.

ACHIEVE devait s'assurer de la durabilité de ce programme. ACHIEVE a plaidé pour l'inclusion du module de formation sur le VIH et la migration dans le programme de l'Institut du service extérieur pour tous les agents du service extérieur et autres membres du personnel. Les personnes impliquées dans le programme de formation de l'ISE ont défendu ce plaidoyer au sein du Département, ce qui a conduit à son institutionnalisation.

La réussite de ce programme de formation réside dans la participation des TPE vivant avec le VIH. Le développement de ce programme a été influencé par un TPE diagnostiqué séropositif. La participation de ces travailleurs vivant avec le VIH en tant qu'orateurs a fait forte impression parmi les participants à la formation. ACHIEVE a veillé à ce que la participation de cette communauté soit significative et efficace en développant un programme de renforcement des capacités lui permettant d'en savoir plus sur les problèmes liés au VIH/sida, au genre, à la sexualité, aux droits de l'homme et à la migration, tout en développant des compétences pratiques telles que la prise de parole en public, les prestations de formation et les actions de plaidoyer.

Cette bonne pratique illustre la participation significative des personnes en déplacement vivant avec le VIH au renforcement des capacités des principales parties prenantes.

11. Wajood : Autonomisation des transgenres et des Hijras pour qu'ils puissent accéder aux services de santé sexuelle et faire respecter leurs droits de l'homme en Inde



Les communautés transgenres et Hijras font partie des populations les plus marginalisées en Inde. Elles ont la deuxième prévalence du VIH la plus élevée en Inde, avec 7,2 % (NACO 2017), et ont 49 fois plus de risque de contracter le VIH. En 2016, le gouvernement indien leur a finalement accordé un statut juridique. Cependant, ces communautés restent marginalisées et ont un accès limité aux services, notamment en matière de santé, d'éducation, de droits sociaux et de moyens de subsistance. La violence et plus particulièrement la violence sexiste à l'égard des transgenres et Hijras, tant de la part de la communauté que de l'extérieur, est importante et courante : elle est le fait de la police, des clients et même de partenaires réguliers. Parce que la plupart des transgenres et Hijras sont rejetés par leur foyer ou ont décidé de partir de chez eux, ce sont souvent des migrants ou des personnes mobiles sans papiers.

Wajood est conçu pour les transgenres et les Hijras et piloté par ces derniers. Le projet présente la particularité de proposer des modèles permettant de développer des services complets, sensibles et adaptés aux besoins des transgenres et des Hijras. Il est mis en œuvre dans cinq États et sur six sites : Delhi (NCR), Gujrat (Vadodara), Karnataka (Kholar et Chikbalapura), Andhra Pradesh (Eluru) et Telangana (Hyderabad). Il offre ses services à 7 000 personnes transgenres et Hijras et les trois membres du personnel de base et les 32 membres du personnel sur le terrain sont issus de milieux trans ou Hijra.

Les communautés n'étant pas homogènes, il était important de veiller à ce que Wajood atteigne la grande diversité des transgenres et Hijras. Sur chaque site, deux à trois membres de la communauté dotés de qualités de leadership ont été formés en tant

« qu'agents du changement » et équipés pour répondre à trois besoins spécifiques : le travail sur l'accès à une féminisation sans risque, le soutien pour faire face aux violences subies par la communauté, et une aide à la protection sociale et un soutien avec services de conseil, de dépistage du VIH et continuité des soins en tant que service de base. Les agents du changement appartenaient à divers groupes de transgenres et Hijras, y compris ceux qui étaient extrêmement traditionnels et vivaient dans des foyers communautaires, ceux ayant de fortes affiliations religieuses et ceux appartenant à des groupes de travailleurs du sexe dans des saunas modernes (lieux d'activité du commerce du sexe à forte densité).

Avant de se rendre dans les communautés, les agents de liaison et les agents du changement ont recensé les « gardiens » et les sympathisants et ont mis au point des systèmes tels que des équipes d'intervention en cas de crise composées de défenseurs, de médecins et de responsables transgenres and Hijras. Ils ont également recensé les médecins communautaires favorables aux services de féminisation et ont sensibilisé le département de la justice sociale et la police. Ensuite, ils ont commencé à contacter l'ensemble des groupes transgenres et Hijras, à éduquer, sensibiliser et orienter les personnes qui avaient besoin de services, par exemple l'inscription dans des établissements d'enseignement, l'accès à des droits sociaux tels que des cartes d'identité et la négociation d'opportunités d'emploi. L'utilisation des services liés au VIH a ainsi augmenté.

Cette bonne pratique illustre le renforcement des capacités des populations clés qui se déplacent à l'intérieur du pays, en particulier les personnes transsexuelles dont les travailleurs du sexe, ainsi que des prestataires de services, et la lutte contre la stigmatisation grâce à l'éducation publique.

12. Welcoming America—building a nation of neighbours, États-Unis

[\(https://www.welcomingamerica.org/\)](https://www.welcomingamerica.org/)

Le programme Welcoming America part du principe que la diversité culturelle enrichit les communautés avec des perspectives uniques et une variété de pensées. Il s'agit d'un réseau national de partenaires gouvernementaux à but non lucratif et locaux qui considèrent qu'être accueillant conduit à la prospérité. Toutes les personnes, y compris les immigrés, sont des contributeurs précieux indispensables au succès des communautés et à leur avenir commun. Lancé en 2009, Welcoming America a suscité une hausse des déplacements à travers les États-Unis. Un habitant sur huit vit dans une communauté accueillante : ces lieux montrent qu'il est possible d'aller au-delà de la peur et même de la tolérance pour assurer un avenir radieux pour tous. Ce modèle d'entrepreneuriat social primé commence à se généraliser à l'échelle mondiale.

Le mouvement comprend un large éventail de participants dans chaque zone locale : des entreprises partenaires et agences de développement économique, y compris des institutions financières, des partenaires civiques comme les UCJG (Unions chrétiennes de jeunes gens) et les établissements d'enseignement, les partenaires du secteur public, y compris non seulement les administrations locales mais également les chefs de police et les commissions scolaires, les organisations philanthropiques locales et fondations communautaires, et les représentants de nombreuses communautés religieuses.

Les communautés accueillantes favorisent une culture et un environnement politique permettant aux nouveaux arrivants de tous les horizons de se sentir valorisés et de participer pleinement, aux côtés de leurs voisins, au tissu social, civique et économique de la ville où ils se sont établis. Ces communautés acceptent de veiller à ce que tous les secteurs concernés, tels que le gouvernement, les entreprises et les organisations à but non lucratif, travaillent ensemble pour créer un climat communautaire accueillant propice à l'intégration à long terme.

Les municipalités s'engagent à institutionnaliser des stratégies garantissant l'inclusion et l'intégration économique et sociale à long terme des nouveaux arrivants. Des messages d'unité et de valeurs partagées imprègnent la communauté à travers les supports, les voix des dirigeants et les habitants. En outre, des politiques et des pratiques sont mises en place pour que les interactions entre les nouveaux résidents et les résidents de longue date restent positives et que la vitalité économique de la communauté reste forte.

Iowa City est un exemple de communauté accueillante.⁴⁷ Cette approche locale implique d'aller au-delà d'un seul programme ou service pour collaborer avec des institutions de la communauté afin de réduire les obstacles auxquels les immigrants sont confrontés et de créer des ponts entre les nouveaux arrivants et les résidents de longue date. Un signal important a été lancé par le Groupe de développement de la région d'Iowa City, créé en 1984, qui s'est engagé à renforcer la vitalité économique de la région, à créer un climat propice aux entreprises et à créer des emplois. Un site Web a été créé pour aider les immigrants à se connecter à toutes les ressources et à tous les événements nécessaires pour s'installer dans la région. De plus, des bannières de bienvenue ont été installées dans toute la ville pour promouvoir de bonnes relations et une vision positive des immigrants.



Cette bonne pratique montre comment il est possible de lutter contre la stigmatisation et la discrimination grâce à une action de collaboration locale et à une sensibilisation à la valeur sociale et économique de la migration et à la manière de protéger les personnes en déplacement contre l'exploitation.

5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

« Des espaces bilingues et accueillants doivent être mis en place. Il est nécessaire de vous accueillir dans ce nouvel endroit. Un centre d'accueil. Et si possible, les personnes présentes dans un tel centre peuvent vous aider à vous connecter aux systèmes. Ce serait formidable s'il existait un système de navigation grâce aux pairs ; vous avez besoin d'aide pour tout cela. Ce serait beaucoup moins intimidant et un tas de choses pourraient alors arriver. Obtenir des soins de santé lorsque vous avez des besoins essentiels à satisfaire est vraiment difficile et cela implique de disposer de ressources incroyables et

de ressources internes. Je ne trouve pas de moyen facile d'y parvenir. »

- Laurel, lesbienne vivant avec le VIH, travailleuse migrante, États-Unis

122. Le présent rapport souligne les liens entre la mobilité de la population et le VIH dans le but d'atteindre nos objectifs et cibles mondiaux à l'horizon 2030, sans laisser personne pour compte. Quatre conclusions principales peuvent être tirées :

L'augmentation relativement récente, l'accélération et la diversité de la mobilité humaine aggravent la vulnérabilité des personnes en déplacement face au VIH.

123. Ce rapport explore plusieurs tendances mondiales pertinentes, notamment :

- l'augmentation de la diversité et de la complexité de la mobilité humaine ;
- le rôle différencié émergent des femmes en déplacement ;
- l'évolution de notre paradigme de la santé vers une appréciation plus positive du développement et des personnes en déplacement ;
- le sentiment que la mobilité ne correspond pas seulement ou même principalement au franchissement des frontières internationales, mais également à des déplacements de population internes ou à l'intérieur d'un pays ; et
- l'émergence d'une antimondialisation avec le retour à des perceptions plus négatives des droits de l'homme et des migrations internationales.

124. Ces tendances ont des impacts importants sur les soins de santé liés au VIH. Il est difficile d'assurer la continuité des soins du VIH pendant la flambée actuelle de la mobilité de la population, par exemple des zones rurales vers les zones urbaines ou d'un pays à un autre. Le financement et l'accès aux soins de santé ont généralement été fondés sur le lieu de résidence, la citoyenneté, la catégorie professionnelle ou les relations familiales d'une personne bénéficiant d'une assurance maladie. Cependant, la mobilité accrue de la population renverse ces approches traditionnelles. La mobilité et la migration peuvent augmenter l'exposition et la vulnérabilité au VIH, à la tuberculose et à l'hépatite.

125. Enfin, les différents défis et obstacles juridiques et réglementaires rencontrés au cours du processus de déplacement peuvent avoir un impact négatif sur les problèmes de santé, des politiques discriminatoires pouvant entraîner des coûts plus élevés, un accès limité aux services et aux traitements ainsi qu'une morbidité et une mortalité accrues. L'absence de consensus international sur les définitions de termes clés tels que migration et mobilité ne fait qu'ajouter à la complexité du contexte actuel.

Les populations mobiles se heurtent à des obstacles et des lacunes considérables dans l'accès aux services de lutte contre le VIH et les co-infections

126. Il existe des obstacles et des lacunes considérables dans les activités de défense, les politiques, les programmes et le financement relatifs au VIH et aux co-infections pour les communautés mobiles. Dans de trop nombreux cas, les frontières sont de plus en plus traitées comme des zones de non-droit dans lesquelles on présume illégalement que les droits de l'homme sont suspendus et où la protection contre la discrimination est perçue, à tort, comme n'étant due que si une personne est en situation régulière dans un pays hôte.

127. Malheureusement, les établissements de soins de santé restent l'une des principales sources de pratiques discriminatoires à l'égard des personnes en déplacement. Les services de santé et l'application de la loi peuvent même sembler se chevaucher, la formation ou le renforcement des capacités du personnel étant inadéquat par rapport au

vécu des personnes en déplacement et aucun pare-feu ne permettant de garantir l'accès aux services de santé quel que soit le statut migratoire des personnes concernées.

128. De même, l'absence de structures et de formation, telles que l'aide juridique, les médiateurs ou autres mécanismes de réparation des préjudices, empêche les personnes en déplacement de surmonter les obstacles. Il se peut qu'une attention insuffisante soit accordée à une communication efficace et à des informations de santé prenant en considération les différences linguistiques et culturelles. Une personne en déplacement peut également être exposée à divers niveaux de stigmatisation liée au VIH ou liée à une population clé et peut être criminalisée, détenue ou déportée.

« J'ai décidé de partir à cause de ma consommation de drogues et du harcèlement familial. En général, les principaux problèmes auxquels je suis confronté sont l'accès à la nourriture, au logement, au travail et aux services de santé. Parfois, je suis confronté au harcèlement de la police. Étant donné que je suis séropositif, je dois suivre un traitement régulièrement. J'ai aussi besoin d'un traitement pour l'hépatite C. Les gouvernements pourraient ouvrir un centre pour migrants afin de guider les gens, un système où les immigrés pourraient obtenir de l'aide pour obtenir des papiers ou des pièces d'identité. J'aimerais tellement qu'il n'y ait pas de frontières. »

- Rachi, homme hétérosexuel, consommateur de drogues injectables vivant avec le VIH et migrant, Myanmar

129. Ces barrières s'expliquent par un manque de données et d'informations sur les liens entre la mobilité de la population et le VIH en général ainsi que sur les besoins de sous-populations spécifiques en déplacement. Sans le renforcement d'une telle base intégrée de données sur la mobilité de la population et le VIH, il est peu probable que les législateurs ou la planification des soins de santé deviennent plus inclusifs et sensibles à l'égard des personnes en déplacement.

Les populations mobiles risquent d'être laissées pour compte dans la riposte au sida et un nombre important d'entre elles appartient à des populations clés

130. Un nombre important de personnes en déplacement appartiennent à des populations clés. Ces sous-populations mobiles ont un accès réduit aux services et sont exposées à un risque plus élevé de contracter le VIH que les personnes qui ne sont pas en déplacement, en partie à cause de leur marginalisation, de leurs restrictions à la circulation et de leur éventuelle incrimination. Renforcer et mobiliser les populations mobiles, en particulier celles qui appartiennent à des populations clés, constitue une stratégie clé pour atteindre nos objectifs à l'horizon 2030.

« J'ai quitté mon domicile à cause des disputes avec ma famille. J'ai eu le soutien de mon gourou (Hijra senior). Et je me suis installée là où je suis actuellement car j'y ai trouvé une nouvelle famille de Hijras et un gourou. Actuellement, mes principales préoccupations concernent l'hypertension artérielle, le besoin de services de santé sexuelle et l'hormonothérapie. Je me bats aussi à cause du manque d'eau courante, je travaille dans des zones qui ne sont pas propres et je suis parfois confrontée au harcèlement de la police. Les gens ne se rendent pas compte des problèmes des personnes transgenres : nous devons être acceptées et avoir des opportunités. »

- Payal, Hijra/femme transsexuelle, migrante interne, Inde

Il existe toute une gamme de bonnes pratiques innovantes et modulables pour faire progresser les services liés au VIH et les services associés au sein des communautés mobiles

131. Le présent rapport inclut une variété de bonnes pratiques qui traitent tout un éventail de problèmes, notamment l'implication significative des populations mobiles, le renforcement des capacités des personnes en déplacement et des professionnels de la santé pour assurer des services adaptés d'un point de vue culturel et linguistique, des services de santé intégrant les populations mobiles, la continuité des soins/le continuum des soins tout au long du processus de déplacement (y compris les systèmes de passeport médical et les lieux de services accessibles) ainsi que les réponses aux vulnérabilités des migrants sans papiers en matière de VIH et de co-infections. Cependant, les bonnes pratiques n'épuisent pas l'éventail de réponses innovantes possibles. À titre d'exemple, de nombreuses ONG fournissent des services liés au VIH et aux co-infections, y compris pour les migrants non assurés ou sans papiers. Répondre aux besoins sanitaires des personnes en déplacement est crucial pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030. Les gouvernements, les ONG et le secteur privé peuvent collaborer pour reproduire ou développer les nombreuses bonnes pratiques disponibles.

Recommandations

132. Le présent rapport s'adresse à un large éventail de parties prenantes, communautaires ou autres. Cependant, ces recommandations sont spécifiquement fournies à titre de ressource pour l'élaboration de points de décision par la délégation des ONG lors de la réunion du CCP de décembre 2018. Ce rapport recommande les actions suivantes afin de traiter plus efficacement les vulnérabilités au VIH et aux co-infections parmi les populations mobiles et d'atteindre les objectifs à l'horizon 2030. Il appelle l'ONUSIDA à

- *adopter* la définition de migrant donnée par l'OIM ; et mettre pleinement en œuvre l'accord de coopération entre l'ONUSIDA et l'OIM afin de promouvoir l'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH destinés aux migrants, aux populations mobiles et aux personnes touchées par des urgences humanitaires ;
- *redoubler* d'efforts pour résoudre et éliminer tous les obstacles juridiques et réglementaires qui portent atteinte aux droits de l'homme et aux droits à la santé des populations mobiles, notamment les restrictions de déplacement, la criminalisation des populations clés, la criminalisation de la transmission du VIH et le manque de fourniture et d'accès aux services, y compris les services de réduction des préjudices ;
- *développer et promouvoir* une formule de base comprenant des services de soins de santé primaires sans jugement, confidentiels, et adaptés d'un point de vue culturel et linguistique, qui seront mis à la disposition des personnes en déplacement dans le cadre de la CSU et en reconnaissance de leur droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, quel que soit leur statut migratoire, à titre gratuit, et incluant un accès rapide à des services de diagnostic, de traitement et de prise en charge du VIH, de la tuberculose et de l'hépatite, de qualité et adaptés d'un point de vue culturel, des services de santé mentale en fonction des besoins, des services de santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les filles, et en assurant la continuité des soins ;⁴⁸
- *demander* au Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme de préparer un rapport sur le respect des droits de l'homme et des droits à la santé des

populations mobiles, y compris celles vivant avec le VIH et exposées au risque de VIH ainsi que celles appartenant aux populations clés, et sur les lois autorisant des restrictions de déplacement et de travail, l'expulsion ou la détention fondée sur l'orientation sexuelle et des comportements sociaux non conformes ainsi que sur le statut VIH, tuberculose ou hépatite ;

- *élaborer* une note de politique sur l'implication significative des populations mobiles conforme au principe GIPA du « rien à notre sujet sans nous » et contenant des recommandations à l'intention des gouvernements, de la société civile et des donateurs internationaux sur les moyens d'accroître, d'améliorer et de soutenir leur implication en tant que pairs dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des ripostes mondiales, régionales et nationales au sida ;
- *offrir* un soutien technique pour garantir que les systèmes de santé nationaux et les plans de lutte contre le VIH répondent de manière urgente aux besoins des personnes en déplacement, notamment en mettant en place des cliniques mobiles et d'autres formes de dépistage du VIH sur une base communautaire, des solutions de substitution à la détention, des passeports médicaux/de santé ou autres types de dossiers médicaux détenus par les patients afin d'assurer la continuité des soins de santé, en établissant un cadre de données commun et en améliorant la base de données sur le VIH concernant les populations mobiles, en assurant une formation du personnel de santé aux soins de santé fondés sur les droits, sensibles, inclusifs et adaptés d'un point de vue culturel ou sûrs pour les populations mobiles, une protection contre l'exploitation du travail et les violences sexuelles, et le renforcement de la coopération internationale en matière de santé des populations mobiles ;
- *appeler* à l'inclusion explicite dans la riposte au sida ciblant les populations clés des personnes en déplacement qui appartiennent à des populations clés, à savoir les personnes en déplacement qui sont également des hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables, et les personnes en déplacement détenues dans des lieux fermés tels que des centres de détention ou des camps ; ainsi que des groupes particulièrement vulnérables tels que les migrants sans papiers, les personnes qui ont été contraintes de se déplacer contre leur volonté ou qui ont été victimes de traite, et les populations mobiles qui peuvent être désignées comme populations clés par certains pays en fonction du contexte épidémiologique et social national.

6. ANNEXES

Annexe 1. Remerciements et participants

La Délégation des ONG auprès du CCP remercie toutes les personnes et organisations, y compris les 83 personnes interrogées, qui ont mis leur temps, leur expérience et leurs idées au service de ce rapport. Vos voix, expériences et histoires sont cruciales afin de garantir que des actions urgentes et pertinentes sont prises au sein du CCP pour répondre aux problèmes et aux préoccupations des personnes en déplacement dans le contexte d'une épidémie de sida dans le monde.

Allen Kyendikuwa, Uganda Youth Coalition on Adolescent SRHR and HIV (CYSRA-Uganda)
Amara Quesada, Action for Health Initiatives, Philippines
Bangyuan Wang, AIDS Care China, Ruili
Boi Gupta, Pan Africa Positive Women Coalition
Brahm Press, Fondation MAP, Thaïlande
Carmen Foster, La Clinica de la Raza
Charles King, Valley AIDS Services, basse vallée du Rio Grande, États-Unis
Chiwere, HIVOS
Chhiring Sherpa
Christian Hui, Réseau canadien des personnes séropositives
Christopher Hicks, National AIDS Trust, Royaume-Uni
Daniyar Orsekov, Kirghiz Indigo - Services pour les HSH en déplacement au Kirghizistan
Eric Omondi, ASWA
Evelyn Foust, Direction des maladies transmissibles de Caroline du Nord
Fábio da Silva Sartori, Département des IST, du VIH/sida et de l'hépatite virale - Ministère de la Santé du Brésil
Fernanda Rick
Guillermo Chacon, Commission latino-américaine sur le sida
Judith Rorrie, ministères partagés de North Dallas
Juliana Givisiez
Junani, Bandung, Indonésie
Konstantin Lezhentsev, ARK-Antiaids et ECUO, Sud de la Russie (région de Rostov-sur-le-Don)
Kwaku Adomako, African Black Diaspora Global Network
Laurel
Lella Cosmaro, LILA Milano ONLUS, Italie
Marco
Nabwire Janet, Busia Youth Centre
Nassaka Mariam, East and Southern Africa Youth Alliance on SRHR and HIV
Noulmook Sutdhibhasilp
Olive Mumba, East Africa Networks of AIDS Service Organisations
Organisasi Perubahan Sosial Indonesia (OPSI)/Réseau indonésien des travailleurs du sexe, Jakarta
Patience Niagaglila
Pelagia
Robert J. Vitillo, Organisations liées à l'Église catholique et à d'autres organisations confessionnelles s'adressant aux personnes en déplacement vivant avec le VIH et affectées par le VIH et les co-infections
Samuei Lopez
Shazia Islam
Sipiwe Mapfumo
Tanja Gangarova, Deutsche AIDS-Hilfe, Allemagne
Teresa Stecker, Iowa City Compassion
Wangari Tharao, Women's Health in Women's Hands, Canada

Annexe 2 Abréviations et acronymes

| | |
|---------|--|
| ACHIEVE | Action for Health Initiatives |
| SIDA | Syndrome d'immunodéficience acquise |
| TAR | Traitement antirétroviral |
| CHABAC | Canadian HIV/AIDS Black, African and Caribbean Network (Réseau canadien pour les communautés noires, africaines et caribéennes touchées par le VIH/sida) |
| RDC | République démocratique du Congo |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |
| PDI | Personne déplacée à l'intérieur du pays |
| OIM | Organisation internationale pour les migrations |
| ALC | Amérique latine et Caraïbes |
| LGBTI | Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexes |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le développement |
| HSH | Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes |
| TPE | Travailleurs philippins à l'étranger |
| CCP | Conseil de coordination du Programme |
| PVVIH | Personnes vivant avec le VIH |
| PrEP | Prophylaxie pré-exposition |
| CDI | Consommateurs de drogues injectables |
| ODD | Objectif de développement durable |
| TB | Tuberculose |
| CSU | Couverture santé universelle |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida |

Annexe 3. Cadre politique existant des États membres de l'ONU

| Documents clés | Références sélectionnées |
|--|--|
| <p>2018. 38e session du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, point 3 de l'ordre du jour : Promotion et protection de tous les droits de l'homme, civils, politiques, économiques, sociaux et culturels, y compris le droit au développement</p> | <p>19. Prie instamment les États de s'attaquer, dans le contexte du VIH, aux formes de discrimination multiples et croisées et aux besoins de soins de santé spécifiques rencontrés par les populations migrantes et mobiles ainsi que par les réfugiés et les populations touchées par la crise, et d'éliminer la stigmatisation, la discrimination et la violence, et d'examiner les politiques relatives aux restrictions à l'entrée sur la base du statut VIH en vue d'éliminer ces restrictions et le retour des personnes sur la base de leur statut VIH, et de faciliter leur accès à la prévention, au diagnostic, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH ;</p> |
| <p>2017. 35e session du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, point 3 de l'ordre du jour : Le droit de chacun de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible</p> | <p>2) Appelle les États à respecter, protéger et réaliser le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, en accordant une attention particulière aux groupes en situation de vulnérabilité ;</p> |
| <p>2017. Point 13.7 de l'ordre du jour de la 70e Assemblée mondiale de la santé : Promouvoir la santé des réfugiés et des migrants</p> | <p>2. PRIE INSTAMMENT les États membres, conformément à leur contexte, leurs priorités et leurs cadres juridiques nationaux :</p> <p>(1) d'envisager de promouvoir le cadre de priorités et de principes directeurs, le cas échéant, aux niveaux mondial, régional et national, y compris en l'utilisant pour éclairer les discussions entre les États membres et les partenaires participant à l'élaboration du pacte mondial sur les réfugiés et du pacte mondial pour une migration sûre, ordonnée et régulière ;</p> <p>(2) d'identifier et de collecter des informations factuelles, les meilleures pratiques et les enseignements tirés pour répondre aux besoins des réfugiés et des migrants en matière de santé, afin de contribuer à l'élaboration d'un projet de plan d'action mondial pour la promotion de la santé des réfugiés et des migrants ;</p> <p>3) de renforcer la coopération internationale en matière de santé des réfugiés et des migrants, conformément aux paragraphes 11 et 68 et aux autres paragraphes pertinents de la Déclaration de New York sur les réfugiés et les migrants ; 4) d'envisager de fournir l'assistance nécessaire en matière de santé dans le cadre de la coopération bilatérale et internationale aux pays accueillant et recevant d'importantes populations de réfugiés et de migrants ;</p> |
| <p>2017. Point 1.4 de l'ordre du jour du CCP ; Rapport du représentant des ONG</p> | <p>4.4 Demande à l'ONUSIDA et aux États membres en partenariat avec les organisations de la société civile et toutes les autres parties prenantes concernées :</p> <p>a. De développer et d'appliquer des méthodologies de collecte de données participatives au niveau des pays pour identifier les obstacles et mesurer le niveau et la qualité de l'accès aux services pour toutes les populations à risque afin de ne laisser personne pour compte ;</p> <p>4.5 Demande au programme commun de faciliter les partenariats entre les États membres et les organisations communautaires pour</p> |

| | |
|--|--|
| | contribuer à garantir une action efficace visant à répondre aux besoins en matière de prévention, de diagnostic précoce et de traitement du VIH, afin de ne laisser personne pour compte ; |
| 2016. Assemblée générale des Nations Unies - Déclaration de New York sur les réfugiés et les migrants | 30. Nous encourageons les États à s'attaquer aux vulnérabilités au VIH et aux besoins spécifiques en matière de soins de santé des populations migrantes et mobiles, ainsi que des réfugiés et des populations touchées par la crise, à prendre des mesures visant à réduire la stigmatisation, la discrimination et la violence, à examiner les politiques relatives aux restrictions à l'entrée fondées sur le statut VIH, en vue de supprimer ces restrictions et le retour des personnes sur la base de leur statut VIH, et à faciliter leur accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH. |
| 2016. Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH / sida | 42. Nous constatons avec une extrême préoccupation que les progrès faits en matière de réduction du nombre de nouvelles infections sont lents et que les programmes de prévention combinée ont une portée limitée, tout en soulignant que chaque pays devrait déterminer, en fonction du contexte épidémiologique local, quelles sont les populations qui sont la clé de l'épidémie et de la lutte contre le sida, et nous constatons avec une vive inquiétude que les femmes et les adolescentes risquent, en particulier en Afrique subsaharienne, deux fois plus que les garçons du même âge de devenir séropositives ; nous constatons également que de nombreux programmes nationaux de prévention, de dépistage et de traitement du VIH n'ouvrent pas suffisamment les services aux femmes et aux adolescentes, aux migrants et aux populations clés, qui, d'après les données épidémiologiques, sont les plus exposés partout dans le monde, en particulier les consommateurs de drogues injectables, qui risquent 24 fois plus d'être contaminés par le VIH que les adultes en général, les travailleurs du sexe, qui sont 10 fois plus exposés, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, qui sont 24 fois plus exposés, les transgenres, qui sont 49 fois plus exposés au risque de vivre avec le VIH, et les prisonniers, qui le sont 5 fois plus que les adultes en général ; 62 (e). Nous préconisons le développement de services complets de prévention du VIH adaptés, qui soient accessibles à toutes les femmes et les adolescentes, aux migrants et aux populations clés ; |
| 2016. Objectifs de développement durable de l'Assemblée générale des Nations Unies | Objectif 10.7 Faciliter la migration et la mobilité de façon ordonnée, sans danger, régulière et responsable, notamment par la mise en œuvre de politiques de migration planifiées et bien gérées. |
| 2015. Point 6 de l'ordre du jour du CCP : Le VIH dans les prisons et autres espaces fermés | 8.5 Encourage le programme commun à a. Prendre des initiatives pour veiller à ce que des interventions appropriées en matière de VIH soient systématiquement intégrées à tous les programmes de préparation et de réponse aux urgences humanitaires ; c. Donner la priorité aux actions visant à lutter contre la violence sexiste à l'encontre des personnes touchées par des urgences humanitaires, notamment les femmes, les jeunes et autres populations clés [...] ; d. Promouvoir la collaboration transfrontalière et régionale ainsi que la collaboration nationale et communautaire afin de garantir l'accès aux services essentiels de prévention, de soins, de traitement et de |

| | |
|---|---|
| | <p>soutien du VIH pour les réfugiés et autres populations déplacées ;</p> <p>e. Renforcer les informations stratégiques sur le VIH, y compris les données ventilées par âge et par sexe, dans les situations d'urgence humanitaire [...]</p> |
| <p>2008. Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW - UN Committee on the elimination of discrimination against women) : Recommandation générale n° 26 sur les travailleuses migrantes</p> | <p>23 a) Formuler une politique globale tenant compte des spécificités liées au genre et fondée sur les droits : Les États parties doivent utiliser la Convention et les recommandations générales pour formuler une politique tenant compte des spécificités liées au genre et fondée sur les droits, sur la base de l'égalité et de la non-discrimination, afin de réglementer et d'administrer tous les aspects et toutes les étapes de la migration, afin de faciliter l'accès des travailleuses migrantes aux offres de travail à l'étranger, en assurant la promotion d'une migration sûre et la protection des droits des travailleuses migrantes (art. 2 (a) et 3) ;</p> <p>23 b) Participation active des travailleuses migrantes et des organisations non gouvernementales concernées : Les États parties devraient solliciter la participation active des travailleuses migrantes et des organisations non gouvernementales concernées à la formulation, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques (article 7 (b)) ;</p> |
| <p>2008, point 3 de l'ordre du jour du CCP : Rapport du groupe de travail international sur les restrictions de voyage liées au VIH</p> | <p>6.1 Encourage vivement tous les pays à éliminer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH et à veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH ne soient plus exclues, détenues ou expulsées en raison de leur statut VIH ;</p> |
| <p>2008. Point 11.9 de l'ordre du jour de la soixante-et-unième Assemblée mondiale de la santé : Santé des migrants</p> | <p>Appelle les États membres :</p> <p>(1) à promouvoir des politiques de santé tenant compte des migrants ;</p> <p>(2) à promouvoir un accès équitable à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et aux soins des migrants, dans le respect des lois et pratiques nationales, sans discrimination fondée sur le sexe, l'âge, la religion, la nationalité ou la race ;</p> <p>3) à mettre en place des systèmes d'information de santé permettant d'évaluer et d'analyser les tendances en matière de santé des migrants, en ventilant les informations de santé par catégories pertinentes ;</p> <p>6) à sensibiliser davantage les prestataires de services de santé et les professionnels de la santé aux questions de santé des migrants, en tenant compte de leur culture et de leur sexe ;</p> |
| <p>2001. Déclaration d'engagement de</p> | <p>50. D'ici 2005, élaborer et commencer à appliquer, aux niveaux national, régional et international, des stratégies qui facilitent l'accès</p> |

| | |
|---|---|
| <i>L'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida</i> | aux programmes de prévention du VIH/sida pour les migrants et les travailleurs mobiles, notamment en fournissant des informations sur les services sanitaires et sociaux. |
| <i>1990. Convention internationale sur les droits de tous les travailleurs migrants et de leurs familles</i> | Article 70 Les États parties prennent des mesures non moins favorables que celles qu'ils appliquent à leurs ressortissants pour faire en sorte que les conditions de travail et de vie des travailleurs migrants et des membres de leur famille en situation régulière soient conformes aux normes de santé, de sécurité et d'hygiène et aux principes inhérents à la dignité humaine. |
| <i>1966. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels</i> | Article 12 1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. 2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer : a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile ainsi que le développement sain de l'enfant ; b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ; c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ; d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. |
| <i>1951. Convention relative au statut des réfugiés</i> | Article 33, (1) Aucun des États Contractants n'expulsera ou ne refoulera, de quelque manière que ce soit, un réfugié sur les frontières des territoires où sa vie ou sa liberté serait menacée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques. |
| <i>1948. Déclaration universelle des droits de l'homme de l'Assemblée générale des Nations Unies.</i> | Article 25 (1) Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires [...] (2) La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale. |
| <i>1946. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé.</i> | La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. |

Annexe 4 : Variétés de personnes en déplacement

| Population mobile spécifique | Description |
|---|--|
| Demandeur d'asile | <ul style="list-style-type: none"> - Personne qui fuit son pays d'origine et demande l'asile ou une protection dans un autre pays - Toute demande de statut de réfugié n'a pas encore été déterminée |
| Migrant transfrontalier ou circulaire | - Personne qui travaille dans un pays mais réside dans un autre, se déplaçant de manière répétitive au-delà des frontières internationales, par exemple les frontières Chine/Vietnam, Suisse/France ou Myanmar/Thaïlande |
| Migrant interne | <ul style="list-style-type: none"> - Personne qui quitte son lieu de résidence habituel mais reste à l'intérieur des frontières de son pays - Implique généralement le franchissement de frontières régionales, de districts ou municipales (par exemple des zones urbaines aux zones rurales, ou inversement) à des fins d'éducation, d'emploi ou d'amélioration des moyens de subsistance |
| Personne déplacée à l'intérieur du pays | <ul style="list-style-type: none"> - Personnes qui ont été forcées de quitter leur lieu de résidence pour éviter les conséquences d'un conflit armé, d'une violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou d'origine humaine - Contrairement aux réfugiés, ils se déplacent à l'intérieur de leur pays et ne traversent pas de frontière internationale |
| Travailleur migrant international | <ul style="list-style-type: none"> - Personne exerçant une activité rémunérée dans un pays dont elle n'est pas ressortissante - Habituellement avec un permis de travail ou un visa spécial à durée limitée |
| Migrant international | - Personne qui traverse une frontière internationale et reste dans le pays de destination pendant un certain temps, généralement au moins un an |
| Élève international | <ul style="list-style-type: none"> - Personne qui a franchi une frontière nationale aux fins d'éducation et qui est maintenant inscrite en dehors de son pays d'origine - Habituellement avec un permis spécial ou un visa étudiant à durée limitée |
| Nomade | <ul style="list-style-type: none"> - Personne qui se déplace d'un endroit à l'autre et qui n'a pas de domicile permanent - Peut impliquer des déplacements saisonniers pour trouver de nouveaux pâturages pour les animaux, comme dans le cas des pasteurs |
| Réfugié | <ul style="list-style-type: none"> - Personne qui a été contrainte de fuir son pays à cause de persécutions, d'une guerre ou de violences - Craint avec raison d'être persécutée pour des raisons de race, de religion, de nationalité, d'opinion politique ou d'appartenance à un groupe social déterminé - Ne peut très probablement pas rentrer chez elle en toute sécurité ou a peur de le faire. |
| Rom | - Personne appartenant à ce groupe ethnique de personnes traditionnellement itinérantes originaires du nord de l'Inde mais vivant actuellement dans le monde entier, principalement en |

| | |
|-------------------------------|---|
| | Europe - Roms pluriels, également appelés Romanichels ou Tsiganes (considérés comme péjoratifs) |
| Apatrides | - Personne qui est légalement considérée comme citoyen d'aucun État |
| Touristes | - Personne qui visite des lieux éloignés de son environnement habituel principalement à des fins de plaisir et d'intérêt |
| Personne victime de la traite | - Personne qui est recrutée, transportée ou hébergée à des fins d'exploitation en ayant recours à la menace, la force, la fraude, la tromperie ou l'abus de pouvoir - L'exploitation peut impliquer du travail forcé, des violences sexuelles, de l'esclavage ou même un prélèvement d'organe - Peut se produire dans le pays d'origine ou impliquer le franchissement d'une frontière internationale |
| Migrant sans papiers | - Personne qui entre ou séjourne dans un pays sans les documents nécessaires pour se trouver légalement dans le pays |

RÉFÉRENCES

- ¹ Image fournie par Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH), Berlin/Allemagne.
- ² Rapport des ONG (2017). *ONUSIDA - We need must leave no one behind: Getting to zero includes all of us (the 10-10-10)*.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20171129_UNAIDS_PCB41_NGO_Report_17-18_EN.pdf
- ³ Site Web du HCR : <http://www.unhcr.org/news/latest/2016/7/55df0e556/unhcr-viewpoint-refugee-refrigrant-right.html>
- ⁴ Site Web de l'OIM : <https://www.iom.int/who-is-a-migrant>
- ⁵ OIM. (2003). *Le VIH/sida et la mobilité des populations*.
- ⁶ Les derniers grands déplacements de population d'Afrique en termes d'évolution humaine semblent remonter à un peu plus de 100 000 ans et s'étendre à diverses régions du monde, jusqu'en Australie (45 000 ans) et en Asie de l'Est (30 000 ans). Lewin, R. (2005). *Human evolution*. Blackwell Publishing : Oxford, Royaume-Uni.
- ⁷ Observatoire des situations de déplacement interne. (2018). *Rapport mondial sur les déplacements internes*.
- ⁸ Muggah, R et al. "The stunning scale of Latin America's migration crisis", *Americas Quarterly*, 20 juin 2018. <https://www.americasquarterly.org/content/stunning-scale-latin-americas-migration-crisis>
- ⁹ L'ONUSIDA inclut 20 pays dans sa définition de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord : Algérie, Bahreïn, Égypte, Djibouti, Iran, Irak, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Qatar, Arabie Saoudite, Somalie, Soudan, Syrie, Tunisie, Émirats arabes unis et Yémen. En revanche, l'ONU inclut le Bahreïn, l'Iran, l'Irak, la Jordanie, le Koweït, Oman, le Qatar et l'Arabie saoudite dans sa région asiatique. L'OMS place le Bahreïn, l'Égypte, l'Iran, l'Irak, le Maroc et d'autres pays dans la région de la Méditerranée orientale. Parmi les autres pays de la région MENA figurent Israël, que l'ONU et l'OMS considèrent comme faisant partie de leurs régions européennes. De plus, le Fonds monétaire international a récemment commencé à parler de MENAP (Moyen-Orient, Afrique du Nord, Afghanistan et Pakistan), alors que d'autres parlent maintenant de MENAT, qui comprend les pays de la région MENA plus la Turquie.
- ¹⁰ HCR. (2016). *Gay and transgender refugees seek safety in the Middle East*.
<http://www.unhcr.org/news/stories/2016/8/57ac32274/gay-transgender-refugees-seek-safety-middle-east.html>
- ¹¹ À la suite de la décolonisation de l'Indonésie et du Suriname et de l'entrée de nombreuses réfugiées suite à la Seconde Guerre mondiale, les femmes représentaient 61 % des personnes nées à l'étranger aux Pays-Bas en 1960. L'Indonésie est toujours un exemple de pays où davantage de femmes que d'hommes émigrent. Au Népal, au début des années 2000, 70 % des résidents nés à l'étranger étaient des femmes, résultat de pratiques matrimoniales et de déplacements de population en Asie du Sud. Donato, K. et Gabaccia, D. (2016). *The global feminization of migration: past, present and future*. Migration Policy Institute (Institut pour les politiques en matière de migration), États-Unis.
- ¹² Gouws, A. (2007). *The feminization of migration*.
<https://www.researchgate.net/publication/268056291>
- ¹³ Auparavant, les femmes se déplaçaient principalement en tant qu'épouses, filles ou autres personnes à la charge des migrants de sexe masculin, voyageant avec eux ou les rejoignant plus tard à l'étranger. Il existe maintenant de nouveaux facteurs nationaux et internationaux d'attraction et d'impulsion spécifiques aux femmes, qui créent un nouvel ensemble de dynamiques de mobilité humaine. Paiewonsky, D. (2009). *The feminization of international labour migration*. République dominicaine : Institut international de recherche et de formation pour la promotion de la femme des Nations Unies.
- ¹⁴ Gokengin, D., et al. "HIV/AIDS: trends in the Middle East and North Africa region", *International Journal of Infectious Diseases*, 44, (2016), 66-73. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26948920>
- ¹⁵ Caritas internationalis. (2012). *Le visage féminin de la migration*. Document de base.
- ¹⁶ Par exemple, une étude particulière peut définir la mobilité comme un déplacement se produisant au cours d'une période donnée (nombre d'années ou durée), ou en fonction de qui était disponible au moment où la recherche a été effectuée, ou du nombre de fois où une personne est absente de son domicile, etc. Eu égard au risque de VIH, la mobilité peut également être mesurée en termes de distance par rapport aux services de soins et de traitement du VIH les plus proches. Des conclusions ou des généralisations fondées sur de si grandes variations de définition conduisent à des conclusions différentes. Taylor, B, et al. "HIV care for geographically mobile populations", *Mount Sinai Journal of Medicine*, (2011). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3100665/>

- ¹⁷ Le mouvement antimondialisation est presque aussi ancien que la mondialisation elle-même et remonte à l'effervescence des années 80. Cependant, ce mouvement a connu une relance importante avec la crise financière mondiale qui a débuté en 2007 ; le consensus précédent sur la valeur de la mondialisation a été sérieusement ébranlé. Levy, D et Sznajder, N. "Sovereignty transformed: a sociology of human rights." *The British Journal of Sociology* (2006), volume 57, numéro 4.
- ¹⁸ Nikil, S. "Globalisation: The Rise and fall of an idea that swept the world. *The Guardian*, juillet 2017. <https://www.theguardian.com/world/2017/jul/14/globalisation-the-rise-and-fall-of-an-idea-that-swept-the-world>
- ¹⁹ Ponthieu, A et Incerti, A. "Continuity of care for migrant populations in Southern Africa", *Refugee Survey Quarterly*, (2011), 0, 1-18.
- ²⁰ Stop TB Partnership. (2016). *Key populations brief: Mobile populations*. http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_MobilePopulations_EN_G_WEB.pdf
- ²¹ ONUSIDA. (2017). *Faire face à la discrimination : Surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les établissements de santé et ailleurs*
- ²² Certaines listes de pays MENA incluraient tous ces pays comme faisant partie de la région MENA : Iran, Irak, Somalie, Syrie et Turquie.
- ²³ OMS. (2018). *Health status of refugees and migrants in Turkey: an evidence review of published scientific papers*.
- ²⁴ Groupe de travail ONUSIDA/OMS. (2010). *Lignes directrices relatives à l'estimation de la taille des populations les plus exposées au VIH*.
- ²⁵ D'Albis, H, Boubtane, E et Coulibaly, D. "Macroeconomic evidence suggests that asylum seekers are not a 'burden' for Western European countries", *Science Advances*. NEW YORK : Association américaine pour l'avancement des sciences, 2017.
- ²⁶ Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. *Cost of exclusion from healthcare: The case of migrants in an irregular situation*. Autriche : Agence des droits fondamentaux, (2015), p. 3.
- ²⁷ Escudero D, et al. Résumé : "The need to improve HIV care for migrant populations in Botswana: addressing the unknowns", *22e Conférence internationale sur le sida*, (2018), Amsterdam.
- ²⁸ Guinto, R. et al. (2015). "Universal health coverage in 'One ASEAN': are migrants included?", *Global Health Action*, 8:1, 25749, DOI: 10.3402/gha.v8.25749. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v8.25749>
- ²⁹ Virkud, A et al. Résumé : "Use of HIV prevention services in the East-Africa Cross-Border Integrated Health Study, 2016", *22e Conférence internationale sur le sida*, (2018), Amsterdam. <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/gr-18-35>
- ³⁰ Garfein, R.S., et al. Résumé : "Building bridges, not walls: prevalence and correlates of injecting with United States residents among people who inject drugs in Tijuana, Mexico", *2e Conférence internationale sur le sida*, (2018), Amsterdam.
- ³¹ Del Amo, J, et al. Résumé : "HIV epidemics in migrants from Latin America and Caribbean in Europe are driven by MSM", *2e Conférence internationale sur le sida*, (2018), Amsterdam.
- ³² Egan, J. E. et al. Résumé : "Migration and risk among gay, bisexual and other men who have sex with men in New York City", *2e Conférence internationale sur le sida*, (2018), Amsterdam.
- ³³ CARAM Asie. (2014). Policy Brief – *The intersection between MSM and migration: Heightened vulnerability to HIV and sexual violence*.
- ³⁴ Moriarty, K. et al. Résumé : "The paradox of migration: assessing protective and risk factors for HIV and STIs among transgender women in Lima, Peru", *2e Conférence internationale sur le sida*, (2018), Amsterdam.
- ³⁵ Réseau mondial des projets sur le commerce du sexe. (2018). *Briefing paper: Migrant sex workers*. http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/briefing_paper_migrant_sex_workers_nswp_-_2017.pdf
- ³⁶ Ordek, K. (2017). *Syrians under "temporary protection" in Turkey and sex work*. Ankara : Red Umbrella.
- ³⁷ Le Fonds mondial. (2016). *The Challenging Operating Environments policy*. https://www.theglobalfund.org/media/4220/bm35_03-challengingoperatingenvironments_policy_en.pdf
- ³⁸ Fakoya, I et al. "HIV testing history and access to treatment among migrants living with HIV in Europe", *Journal of the International AIDS Society*, 2018, 21(S4):e25123.
- ³⁹ Pannetier, J, et al. "Timing of chronic hepatitis B diagnosis after migration and its determinants among Sub-Saharan African migrants living in France", *PLOS One*, 12(12), e0189196. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0189196>

⁴⁰ ONUSIDA. (2017). *Eliminating discrimination in health care: Stepping stone towards ending the AIDS epidemic*.

⁴¹ Un exemple récent de site Web multilingue allemand axé sur les migrants : <https://www.your-health.tips/>

⁴² MSF. (2015). *Obstacle course to Europe: A policy-made humanitarian crisis at EU borders*. https://www.msf.org/sites/msf.org/files/msf_obstacle_course_to_europe_0.pdf

⁴³ Biot, M. Présentation de diapositives : "HIV services to migrants and refugees in different regions of Africa: Challenges and solutions", *2e Conférence internationale sur le sida*, (2018), Amsterdam.

⁴⁴ Kuruvilla, C. "Faith leaders say they are being targeted for leaving water to help migrants", *HuffPost*, 9 août 2018. https://www.huffingtonpost.com/entry/faith-leaders-leave-water-migrants_us_5b68556ae4b0fd5c73dbd56f?guccounter1

⁴⁵ Union hongroise des libertés civiles. (2018). *Operation starve and strangle: How the government uses the law to repress Hungary's civic spirit*. <https://www.helsinki.hu/wp-content/uploads/OPERATION-STARVE-AND-STRANGLE-17022018.pdf>

⁴⁶ <https://www.queerrefugeeswelcome.de/>

⁴⁷ <http://welcomeicarea.org/>

⁴⁸ Cheng, IH et al. (2018). *A rapid review of evidence-based information, best practices and lessons learned in addressing the health needs of refugees and migrants: Rapport à l'Organisation mondiale de la santé*. http://www.who.int/migrants/publications/partner-contribution_review.pdf?ua1