

Migration internationale, santé et droits de l'homme



Organisation internationale pour les migrations (OIM)



Organisation
mondiale de la Santé



NATIONS UNIES
DROITS DE L'HOMME
HAUT-COMMISSARIAT

Les avis exprimés dans ces pages sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM). Les désignations employées et la présentation des documents tout au long de l'ouvrage n'impliquent pas l'expression par l'OIM d'une quelconque opinion quant au statut juridique d'un pays, d'un territoire, d'une ville ou d'une zone, ou de ses autorités, ou concernant ses frontières ou ses limites.

L'OIM est attachée au principe selon lequel la migration humaine et ordonnée est bénéfique pour les migrants et la société. En tant qu'organisation intergouvernementale, l'OIM agit avec ses partenaires de la communauté internationale pour contribuer à relever les défis opérationnels de la migration, faire mieux comprendre quels en sont les enjeux, encourager le développement économique et social grâce à la migration, et préserver la dignité humaine et le bien-être des migrants.

Editorial: Organisation internationale pour les migrations
17, route des Morillons
1211 Genève 19
Suisse
Tél. : +41 22 717 91 11
Télécopie : +41 22 798 61 50
Courriel : hq@iom.int
Internet : www.iom.int

© 2013 Organisation internationale pour les migrations (OIM)

Photo de couverture : © 2006 OIM (auteur : Lerato Maduna)

Tous droits réservés. Aucun élément du présent ouvrage ne peut être reproduit, archivé ou transmis par quelque moyen que ce soit – électronique, mécanique, photocopie, enregistrement ou autres – sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur.

Migration internationale, santé et droits de l'homme



Organisation internationale pour les migrations (OIM)



**Organisation
mondiale de la Santé**



**NATIONS UNIES
DROITS DE L'HOMME**
HAUT-COMMISSARIAT

REMERCIEMENTS

Cette publication n'aurait pu voir le jour sans l'apport de nombreuses personnes. Elle est avant tout le fruit du travail assidu et de la détermination sans faille des auteurs : Pia Oberoi (Haut-Commissariat aux droits de l'homme – HCDH), Juana Sotomayor (HCDH), Paola Pace (Organisation internationale pour les migrations – OIM), Barbara Rijks (OIM), Jacqueline Weekers (OIM, précédemment détachée auprès de l'Organisation mondiale de la Santé – OMS) et Yeheneu Tsegaye Walilegne (OMS). Nos plus vifs remerciements vont aux personnes suivantes qui, par leurs précieuses suggestions et critiques d'une version antérieure du document, ont permis d'améliorer le contenu de l'ouvrage : John Bingham (Commission internationale catholique pour les migrations – CICM), Rosilyne Borland (OIM), Christian Courtis (HCDH), Poonam Dhavan (OIM), Fanny Dufvenmark (OIM), Bernard Gillis (ancien stagiaire à l'OIM), Debbie Grey (OMS), Farnoosh Hashemian (ancienne stagiaire à l'OIM), Min Ji Kim (Organisation internationale du Travail – OIT), Michele LeVoy (Plate-forme pour la coopération internationale concernant les sans-papiers – PICUM), Helena Nygren-Krug (OMS), Caroline Schultz (OIM), Kadri Soova (PICUM) et Marta Vallejo (Programme des Nations Unies pour le développement – PNUD). Enfin, nous remercions de leur soutien et de leurs observations Daniel López Acuña (OMS), Davide Mosca (OIM), Mona Almudhwahi (OMS), Raj Bhopal (Université d'Edimbourg), Eve Geddie (PICUM) et Xenia Scheil-Adlung (OIT).

PREFACE

Plus de 214 millions de personnes vivent aujourd'hui hors de leur pays d'origine. Elles ont quitté leur foyer pour des motifs divers : conflit, catastrophe naturelle, dégradation de l'environnement, persécutions politiques, pauvreté, discrimination, impossibilité d'obtenir des services de base ou recherche de nouvelles perspectives, en matière de travail et d'éducation notamment.

Les incidences des mouvements migratoires sur la santé publique suscitent un regain d'intérêt. Les migrants peuvent subir de multiples formes de discrimination, de violence et d'exploitation qui ont des répercussions directes sur leur santé physique et mentale. Il arrive aussi qu'ils souffrent de problèmes de santé qui sont mal connus ou mal compris dans leur pays de résidence. Pour compliquer encore la situation, divers obstacles juridiques ou socioéconomiques les empêchent souvent d'accéder aux services de santé ; quand un tel accès est possible, les services dispensés ne sont pas toujours sensibles à leurs besoins ou adaptés sur le plan culturel et linguistique.

Les communautés qui accueillent un grand nombre de migrants sont confrontées à de nouveaux enjeux, tels que la diversification de la population et les modifications qui en résultent dans le profil culturel des patients et leur conception de la santé. Le travail quotidien des professionnels du secteur s'en trouve fatalement modifié. Les approches actuelles en matière de gestion de la santé des migrants doivent s'adapter aux défis croissants que posent la complexité, l'ampleur, la rapidité, la diversité et la disparité de la mobilité contemporaine afin que tous les migrants jouissent du droit fondamental à la santé.

Le droit de toute personne à jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible est consacré depuis longtemps dans les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme. Il en va de même pour les principes d'égalité et de non-discrimination. En conséquence, les politiques et les systèmes nationaux de santé doivent absolument respecter le droit des migrants à la santé, quel que soit leur statut juridique. Il faut, à cette fin, que s'instaurent une collaboration intersectorielle active et une coopération étroite entre les gouvernements et les nombreux acteurs non étatiques qui interviennent dans le processus migratoire.

L'Organisation mondiale de la Santé, le Haut-Commissariat aux droits de l'homme et l'Organisation internationale pour les migrations décrivent dans cet ouvrage les multiples difficultés auxquelles se heurtent les migrants en matière de santé et de droits de l'homme, et présentent l'évolution récente de la situation dans ce domaine.

Notre but est de fournir à tous les intéressés un ouvrage de référence sur les questions vitales de santé et de droits de l'homme qui se rattachent à la migration internationale. Nous espérons qu'il aidera les décideurs à élaborer des politiques et des programmes de migration qui sont guidés par les considérations de santé publique et par les impératifs des droits de l'homme, dans le souci de protéger les droits fondamentaux et d'améliorer la santé des migrants et des populations au sein desquelles ils vivent.

Dr Margaret Chan

Directrice générale
Organisation mondiale de la Santé

Navanethem Pillay

Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme

William Lacy Swing

Directeur général
Organisation internationale pour les migrations

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	5
PREFACE	7
INTRODUCTION	11
SECTION 1. MIGRATION INTERNATIONALE : AMPLEUR ET TENDANCES.....	13
SECTION 2. LES MIGRANTS ET LE DROIT A LA SANTE	15
2.1 Le modèle des droits de l'homme	15
2.2 Le droit à la santé	18
2.3 L'interdépendance des droits de l'homme.....	22
SECTION 3. LES DEFIS SANITAIRES DU PROCESSUS MIGRATOIRE	31
3.1 Avant le départ et à la frontière	34
3.2 Pendant le voyage et en transit.....	38
3.3 Dans la communauté d'accueil.....	41
3.4 Lors du retour.....	52
CONCLUSIONS	55
ANNEXE I. GLOSSAIRE.....	57
ANNEXE II. INSTRUMENTS ET MECANISMES INTERNATIONAUX APPLICABLES A LA SANTE DANS LE CONTEXTE MIGRATOIRE.....	59
Instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme	59
Le Conseil des droits de l'homme	61
Autres instruments et mécanismes internationaux	63
Instruments et mécanismes régionaux se rapportant au droit à la santé.....	64

INTRODUCTION

Notre époque est marquée par la plus forte mobilité humaine de tous les temps. Jamais autant de personnes ne se sont déplacées qu'aujourd'hui : on estime à 214 millions le nombre de migrants internationaux qui, pour la plupart, se déplacent à l'intérieur d'une même région.

Résolution sur la santé des migrants – Un engagement mondial à améliorer la santé des populations migrantes

Soucieux de promouvoir la santé des migrants, les Etats membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont adopté en 2008, lors de la soixante et unième Assemblée mondiale de la Santé, la résolution 61.17 sur la santé des migrants. En mars 2010, l'OMS, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et le Ministère de la santé et des services sociaux du Gouvernement espagnol ont organisé à Madrid (Espagne), une consultation mondiale sur la santé des migrants en vue de donner suite à cette résolution. Les priorités d'action suivantes ont été arrêtées :

1. **Surveillance de la santé des migrants.** Garantir la normalisation et la comparabilité des données sur la santé des migrants et faciliter la ventilation et le regroupement de cette information comme il convient.
2. **Cadres politiques et juridiques.** Adopter des lois et des pratiques nationales qui respectent le droit des migrants à la santé, conformément aux lois et normes internationales ; mettre en œuvre des politiques nationales qui favorisent l'égalité d'accès des migrants aux services de santé ; étendre la protection sociale à la santé et améliorer la sécurité sociale pour tous les migrants.
3. **Systèmes de santé attentifs aux besoins des migrants :** Veiller à ce que les services de santé offerts aux migrants soient adaptés sur le plan linguistique et culturel ; renforcer la capacité du personnel de santé et des autres intervenants à répondre aux questions sanitaires liées à la migration ; dispenser de manière globale, concertée et financièrement viable des services qui incluent les migrants.
4. **Partenariats, réseaux et cadres multinationaux.** Promouvoir la coopération et la collaboration transfrontalières et intersectorielles dans le domaine de la santé des migrants

(OMS (2010), Health of Migrants – The Way Forward, Report of a Global Consultation, Madrid (Espagne))

La nécessité de protéger les droits humains des migrants, y compris leur droit à la santé, est largement admise depuis une dizaine d'années, et occupe une place grandissante parmi les préoccupations internationales. Dans de nombreuses régions, les pouvoirs publics ont compris que leurs plans, politiques et stratégies devaient intégrer les besoins et les vulnérabilités des migrants en matière de santé s'ils voulaient s'acquitter de leurs obligations juridiques à l'échelle nationale et internationale.

Les gouvernements perçoivent mieux l'importance de formuler des programmes et des politiques sanitaires qui remédient aux inégalités en matière de santé et facilitent l'accès aux installations, biens et services de santé. En dépit de ces efforts, nombre de pays font encore peu de cas des migrants et ne leur offrent que des soins réduits et conditionnels. C'est encore plus vrai en période de crise économique, quand les systèmes de santé subissent le contrecoup des contraintes financières ; les décideurs ont sans doute besoin d'orientations à ce propos.

En outre, des idées fausses circulent sur les migrants partout dans le monde, l'une étant qu'ils imposent un lourd fardeau financier à la société d'accueil et au système de santé publique. Les

données montrent pourtant que les migrants sont parfois en meilleure santé que la population née dans le pays et que ce sont plutôt les contraintes structurelles présentes pendant la migration et les obstacles rencontrés à destination qui augmentent les risques de maladie. Ce genre de perceptions erronées alimente les comportements xénophobes et la discrimination au sein du système de soins de santé et peut avoir des répercussions négatives sur la santé des migrants.

Exclure les migrants d'une approche de la santé fondée sur les droits est à l'évidence une pratique de santé publique peu satisfaisante, qui accroît la vulnérabilité des migrants, crée ou amplifie la discrimination et les inégalités sur le plan sanitaire, augmente les dépenses de santé des migrants, et constitue d'une manière générale une violation de leurs droits. À l'inverse, répondre aux besoins sanitaires des migrants est de nature à améliorer leur état de santé, à faciliter l'intégration, à prévenir des coûts sanitaires et sociaux à long terme, à favoriser le développement socioéconomique et, surtout, à protéger la santé publique et les droits de l'homme.

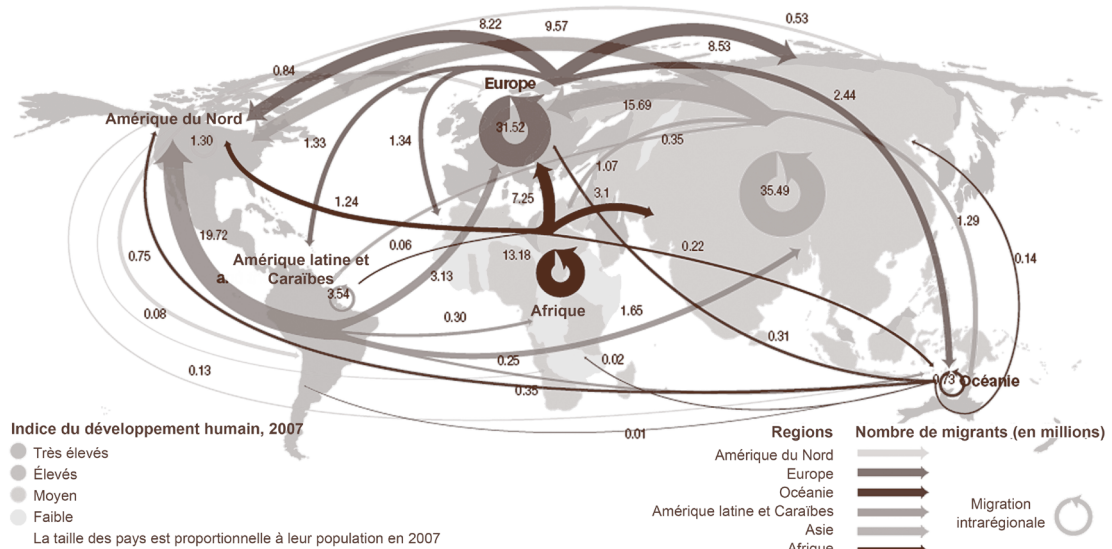
La présente publication ne tente pas de formuler des recommandations générales, eu égard à la complexité des liens d'interdépendance entre les droits de l'homme, la santé et la migration internationale et à la grande diversité des circonstances nationales et régionales. Elle examine plutôt l'évolution de ces dernières années, et veut stimuler le débat et attirer l'attention sur les questions de santé liées à la migration, dans une optique fondée sur les droits de l'homme. Elle soutient que la reconnaissance des droits des migrants est une pratique de santé publique qui profite à tous et permet de recueillir des informations, d'accomplir des progrès et de relever de nouveaux défis dans le domaine de la migration internationale, de la santé et des droits de l'homme. Elle étudie les effets du processus migratoire sur la santé, ainsi que la protection offerte aux migrants par les instruments relatifs aux droits de l'homme. Il n'y est pas question de la migration des personnels de santé, mais des migrants en général, quelles que soient leur activité professionnelle, leurs compétences et leur situation au regard de la loi.

Une attention particulière est portée aux catégories de migrants les plus vulnérables, et la question de la vulnérabilité est conceptualisée sous deux angles différents. Le premier consiste à y voir la conséquence directe d'une particularité de la personne ou du groupe (sexe, âge, handicap, statut au regard du VIH, absence de protection, niveau d'instruction, etc.). Le second est l'établissement d'un lien entre la vulnérabilité des migrants et ses causes structurelles profondes (conditions de vie et de travail, absence de protection juridique, y compris quant au statut dans le pays d'accueil, crimes et conflits, barrières linguistiques et culturelles, absence de protection sociale formelle et informelle pendant et après le processus migratoire, détention par les services d'immigration, etc.).

L'ouvrage s'ouvre par un aperçu de l'ampleur, des schémas et des tendances de la migration contemporaine. La section suivante examine le droit à la santé et d'autres droits humains dans le contexte du couple migration et santé. La troisième montre comment la santé des migrants est affectée tout au long du processus migratoire, depuis la décision de partir, pendant le voyage proprement dit, à l'accueil dans la nouvelle communauté, jusqu'au retour éventuel. Des exemples illustrent les difficultés que rencontrent les migrants, les décideurs, les responsables de la planification sanitaire, les organisations internationales et les autres parties prenantes, et montrent que des efforts et des changements peuvent favoriser de nouvelles approches pour améliorer la santé des migrants. Les annexes renferment un glossaire et une liste d'instruments internationaux se rapportant aux questions de santé, de droits de l'homme et de migration.

SECTION I. MIGRATION INTERNATIONALE : AMPLEUR ET TENDANCES

Figure 1. Flux migratoires¹



Jamais la population de migrants internationaux n'a été aussi importante. Si le nombre total de migrants a augmenté proportionnellement à l'accroissement de la population mondiale, il est intéressant de noter que cette progression a été forte ces dernières décennies². Selon le Rapport de l'OIM *Etat de la migration dans le monde 2010*, le nombre de migrants internationaux pourrait atteindre 405 millions en 2050 si l'augmentation se poursuit au même rythme que depuis vingt ans. Cette mobilité accrue s'explique entre autres par la mondialisation, le faible coût des transports, les pressions économiques, les tendances démographiques (en particulier, le vieillissement des sociétés et le poids des jeunes dans les pays en développement), la dégradation de l'environnement, la violence et les atteintes aux droits de l'homme (voir la figure 1).

Près de la moitié des migrants internationaux sont des femmes ou des filles qui, de plus en plus souvent, migrent seules et en qualité de soutien principal de famille. Le Bureau international du Travail (BIT) estime à 105,4 millions le nombre de migrants économiquement actifs ; avec les membres de la famille qui les accompagnent, ils représentent pratiquement 90 % du nombre total de migrants internationaux³.

Souvent, les migrants sont simplement considérés comme des non-nationaux présents sur le territoire d'un Etat, ce qui exclut les migrants de retour, les migrants internes et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. La migration est un phénomène complexe et composite. Elle peut être unidirectionnelle ou pluridirectionnelle, temporaire ou permanente. Comprendre la migration du seul point de vue de la nationalité risque d'exclure automatiquement les migrants

¹ Programme des Nations Unies pour le développement, *Rapport mondial sur le développement humain 2009 – Lever les barrières : Mobilité et développement humains*, 5 octobre 2009, disponible à l'adresse : <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain?docid=4ac9d10d2> (estimations de l'équipe du Rapport mondial, à partir de la base de données de Migration DRC [2007]).

² Le nombre de migrants internationaux en pourcentage de la population mondiale est resté relativement stable ces dernières décennies, aux alentours de 2 à 3 %.

³ Organisation internationale du Travail, *International Labour Migration: A Rights-Based Approach* (Genève, 2010), p. 2, disponible à l'adresse : www.ilo.org/public/english/protection/migrant/download/rights_based_approach.pdf.

de deuxième et de troisième génération et de méconnaître le caractère essentiellement dynamique de la mobilité humaine⁴.

Plusieurs facteurs économiques et sociaux liés à la migration – dont certains aspects du comportement des migrants et les effets sanitaires de la migration – persistent longtemps après l'acquisition de la nationalité ou du permis de résidence permanent⁵. De même, plusieurs déterminants biologiques et génétiques de la santé perdurent par-delà les générations, indépendamment de la nationalité⁶. D'où l'importance de suivre la santé des migrants au fil du temps.

La présente publication s'intéresse à la migration internationale, et non aux mouvements internes. Les migrants internationaux peuvent envisager de rester dans le pays hôte pendant une courte ou une longue période, et se trouver en situation régulière ou irrégulière au regard de la loi. La majorité – mais non la totalité – d'entre eux sont des travailleurs accompagnés de leur famille. Les autres sont des victimes de la traite des personnes, des enfants qui migrent seuls ou avec leur famille ou tuteur, des demandeurs d'asile et des réfugiés, des migrants introduits clandestinement ou des migrants de retour. Tout en reconnaissant que le droit international accorde à ces diverses catégories un statut de protection différent, la présente publication les regroupe toutes dans le terme « migrants ». Lorsque des critères particuliers s'appliquent sur la base du statut juridique, l'emploi du terme est précisé⁷.

La migration internationale met en relation les communautés, les pays et les régions, mais aussi divers segments d'une société. Toute intervention visant la migration internationale et la santé requiert une étroite coopération et collaboration entre les pays, de même qu'entre les secteurs et les institutions qui interviennent dans le processus migratoire. Les mécanismes mondiaux et régionaux qui favorisent la concertation sur ces questions comprennent le Dialogue de haut niveau des Nations Unies sur les migrations internationales et le développement, le Forum mondial sur la migration et le développement, le Groupe mondial sur la migration, les régimes régionaux de migration et les processus consultatifs régionaux sur la migration⁸.

⁴ Organisation internationale pour les migrations, *Migration and the Right to Health: A Review of International Law*, International Migration Law Series, n° 19, p. 22 (Genève, 2009).

⁵ J. Landman et J.K. Cruickshank. « A review of ethnicity, health and nutrition-related diseases in relation to migration in the United Kingdom », *Public Health Nutrition*, vol. 4, n° 2b, p. 647 à 657.

⁶ A. Sharareh, B. Carina et W. Sarah. « The health of female Iranian immigrants in Sweden: a qualitative six-year follow-up study », *Health Care for Women International*, vol. 28, p. 339 à 359.

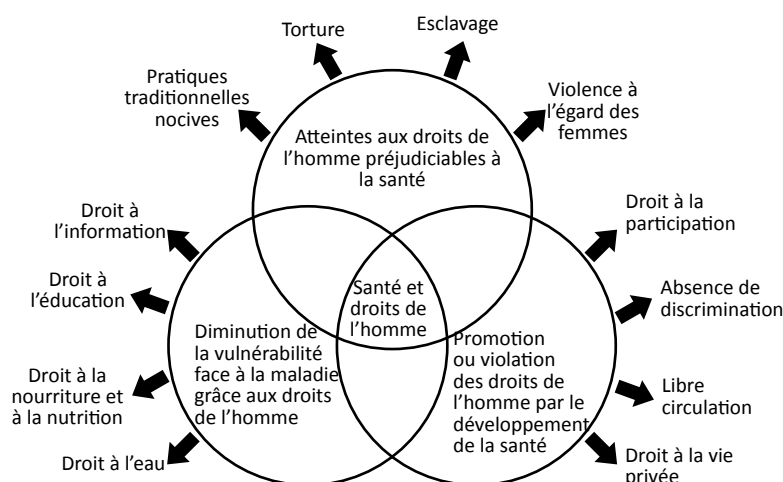
⁷ Voir à l'annexe I le sens donné aux termes employés.

⁸ Le Forum mondial sur la migration et le développement (www.gfmd.org) est une initiative des Etats lancée à l'issue du Dialogue de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les migrations internationales et le développement, qui a été le point culminant de plus de dix années d'échanges mondiaux sur l'importance croissante des liens entre la migration et le développement. Le Groupe mondial sur la migration (www.globalmigrationgroup.org) est un groupe interinstitutions qui comptait 16 membres au moment d'aller sous presse, dont les organisations chargées de rédiger la présente publication. Son rôle est de promouvoir l'élaboration et une large application de normes et d'instruments internationaux pertinents dans le domaine de la migration internationale et de favoriser l'adoption d'approches cohérentes et concertées de la migration internationale.

SECTION 2. LES MIGRANTS ET LE DROIT A LA SANTE

2.1 Le modèle des droits de l'homme

Figure 2. Quelques liens entre la santé et les droits de l'homme⁹



Les droits de l'homme sont universels et inhérents à tout être humain. Destinés à préserver la dignité de chacun et à garantir la même valeur à tous, ils sont inaliénables, interdépendants et intimement liés¹⁰. Ces droits des personnes et des groupes créent des obligations, notamment à l'égard des Etats, qui contraignent à agir ou à s'abstenir d'agir. Il en existe diverses catégories – civiques, culturels, économiques, politiques et sociaux.

Les droits de l'homme sont énoncés et garantis par la loi dans un certain nombre d'instruments internationaux¹¹, ainsi que dans les constitutions et législations nationales. Le droit international impose aux Etats de respecter, de protéger et de réaliser les droits de l'homme. L'obligation de respect signifie qu'ils doivent s'abstenir d'entraver ou de restreindre l'exercice de ces droits. L'obligation de protection exige qu'ils protègent toute personne ou groupe d'une entrave indue, imposée par d'autres personnes ou entités, à la jouissance de ces droits. Enfin, l'obligation de réalisation les contraint à prendre des mesures de nature à assurer la mise en œuvre de ces droits.

Il est important de noter que la migration internationale – c'est-à-dire le fait d'entrer sur un territoire souverain et d'en sortir – est étroitement liée aux notions juridiques et sociologiques de nationalité et de souveraineté. Cependant, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR), qui est l'organe des traités des Nations Unies chargé de surveiller l'application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, a précisé que la

⁹ Organisation mondiale de la Santé, *Linkages between health and human rights*, disponible à l'adresse : www.who.int/hhr/HHR%20linkages.pdf.

¹⁰ Les droits de l'homme sont inaliénables en ce qu'il est impossible d'y déroger ou de les retirer. Ils sont intimement liés parce que chacun est indissociable des autres et, souvent, tributaire de la réalisation des autres.

¹¹ Les neuf principaux traités internationaux sur les droits de l'homme sont la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, la Convention relative aux droits de l'enfant, la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, la Convention relative aux droits des personnes handicapées et la Convention internationale pour la protection de toutes les personnes contre les disparitions forcées. On trouvera de plus amples renseignements à l'adresse : <http://www.ohchr.org/FR/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx>

nationalité ne saurait être invoquée comme motif de discrimination au regard des soins de santé et des autres droits énoncés dans le Pacte¹².

Principe de non-discrimination

Différentes formes de discrimination font obstacle à la réalisation du droit à la santé et des autres droits des migrants. Très souvent, les Etats se servent de la nationalité ou du statut juridique pour déterminer qui peut, et qui ne peut pas, accéder aux installations, biens et services de santé. Or, le droit international des droits de l'homme dispose que *toutes* les personnes, sans distinction, doivent jouir de l'ensemble des droits fondamentaux énoncés dans la Charte internationale des droits de l'homme. Les migrants sont donc protégés par le droit international, indépendamment de leur statut.

Le Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels (PIDESC) (voir la section 2.2 ci-après) impose expressément aux gouvernements, en vertu du droit à la santé, de satisfaire à l'obligation suivante : « les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous, en particulier aux groupes de population les plus vulnérables ou marginalisés, conformément à la loi et dans les faits, sans discrimination fondée sur l'un quelconque des motifs proscrits »¹³.

Les Etats ne peuvent limiter la jouissance d'aucun droit de l'homme, ni établir, à l'encontre des non-nationaux, une discrimination fondée sur « la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation »¹⁴. Le CESCR a précisé que la mention « toute autre situation » signifie que cette liste n'est pas exhaustive et que, par conséquent, les autres motifs de discrimination, tels que la nationalité, qui empêchent les migrants d'exercer leur droit à la santé ou d'autres droits fondamentaux doivent être également interdits¹⁵.

Certaines personnes, par exemple les femmes migrantes en situation irrégulière, peuvent être victimes d'une discrimination fondée sur plusieurs motifs qui les place dans une situation d'extrême vulnérabilité. Les diverses formes de discrimination s'ajoutent les unes aux autres et accentuent l'inégalité de traitement dont souffrent les migrants lorsqu'ils tentent d'obtenir des services ou des informations précises dans le domaine de la santé.

Pour observer le principe de non-discrimination, les Etats doivent veiller à ce que les individus jouissent d'une protection et d'une opportunité égales devant la loi, ainsi que dans les politiques, les programmes et les pratiques quotidiennes, qui leur permettent d'exercer leur droit à la santé publique et à la sécurité sociale, entre autres¹⁶. De plus, les Etats sont tenus de surveiller les effets de leurs politiques et mesures de santé publique et, plus généralement, de leurs politiques sociales, afin de garantir qu'elles sont ancrées dans un système qui ne laisse aucune place aux inégalités en matière de jouissance des droits de l'homme. Ils doivent, pour cela, recueillir des données ventilées sur la réalisation des droits à la santé, à la sécurité sociale et à l'éducation, notamment. Les indicateurs utilisés doivent comprendre des critères spéciaux qui rendent compte de la diversité des groupes de population et qui aident les Etats à honorer leurs obligations à l'égard des droits de l'homme en supprimant toute forme de discrimination^{17,18}.

¹² CESCR, Observation générale n° 20 sur la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels (art. 2, par. 2), E/C.12/GC/20, 2 juillet 2009, par. 30.

¹³ CESCR, Observation générale n° 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12), E/C.12/2000/4, 11 août 2000, par. 12. Le principe de non-discrimination dans la mise en œuvre des mesures sanitaires est également consacré par l'article 42 du Règlement sanitaire international (2005), disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242580419_fre.pdf.

¹⁴ PIDESC, art. 2, par. 2.

¹⁵ E/C.12/2000/4, par. 30.

¹⁶ *Contribution de l'OMS à la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée : Santé et absence de discrimination*, Genève, WHO/SDE/HDE/HHR/01.2, p. 6. (2001).

¹⁷ E/C.12/2000/4, par. 20 et 63.

¹⁸ E/C.12/GC/20, par. 41. Pour plus d'informations sur les indicateurs relatifs aux droits de l'homme, dont le droit à la santé, voir le rapport du HCDH sur l'utilisation d'indicateurs pour la promotion et la surveillance de la mise en œuvre des droits de l'homme, 2008, HRI/MC/2008/3, et le rapport du HCDH au Conseil économique et social, 26 avril 2011, E/2011/90.

Améliorer la ventilation des données sur la migration

Divers rapports soulignent que le fait de ne pas recueillir, analyser et utiliser des données ventilées par âge est l'un des principaux obstacles à la protection des enfants migrants. En 2009, le Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants déplorait que l'on ne dispose pas de données statistiques précises sur le nombre d'enfants concernés par le phénomène de la migration internationale¹⁹. De même, une étude du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) indiquait en 2010 que le manque de données ventilées est l'un des nombreux problèmes auxquels se heurtent l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de migration soucieuses des enfants. Cette étude recommandait expressément que les Etats et les autres parties prenantes donnent un degré de priorité élevé à la collecte de données ventilées par âge et par sexe sur la situation des droits humains de l'enfant dans le contexte de la migration, en veillant à ce que ces activités de collecte de données ne servent pas à appliquer la législation sur l'immigration.

(Etude du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme sur les difficultés et les meilleures pratiques rencontrées dans l'application du cadre international pour la protection des droits de l'enfant dans le contexte des migrations, A/HRC/15/29, par. 7 et 87 d, juillet 2010)

En vue de répondre à la demande croissante de données détaillées, récentes et utiles sur le plan des politiques, la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales a créé la base de données des Nations Unies sur les migrations internationales. Cet outil rassemble toutes les données d'ordre public sur les migrants internationaux, ventilées par âge, sexe, pays de naissance et nationalité. De telles informations facilitent considérablement l'adoption de politiques reposant sur des recherches et des faits.

(Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2008) United Nations Global Migration Database (UNGMD), disponible à l'adresse : <http://esa.un.org/unmigration/index.aspx>)

L'un des quatre domaines d'action prioritaires définis lors de la Consultation mondiale sur la santé des migrants tenue à Madrid (Espagne) en mars 2010 est d'améliorer la surveillance de la santé des migrants. Les parties prenantes étaient convenues à l'unanimité que les systèmes d'information sanitaire devaient être renforcés afin qu'ils puissent recueillir et diffuser des données sur la santé des migrants qui soient ventilées en fonction de catégories pertinentes. Il est tout aussi important d'examiner les questions éthiques soulevées par la collecte de telles informations, et de veiller à ce que l'exercice n'ait pas de conséquences préjudiciables pour les migrants.

(OMS (2010) Health of Migrants – The Way Forward, Report of a Global Consultation, Madrid (Espagne))

2.2 Le droit à la santé

Si plusieurs traités relatifs aux droits de l'homme mentionnent le droit à la santé, c'est toutefois l'article 12 du PIDESC qui en donne l'expression la plus large en établissant « le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre »²⁰. Un aspect fondamental du droit à la santé est qu'il confère à la fois des « libertés » et des « droits ».

¹⁹ Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des travailleurs migrants, Jorge Bustamante, A/HRC/11/7, 14 mai 2009, par. 20.

²⁰ Outre le PIDESC, plusieurs grands traités internationaux et régionaux sur les droits de l'homme et plusieurs constitutions et législations nationales consacrent le droit à la santé. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention relative aux droits de l'enfant, la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille et la Convention relative aux droits des personnes handicapées font partie des nombreux instruments internationaux essentiels qui protègent le droit à la santé.

- **Les libertés** comprennent, par exemple, le droit de ne pas subir de traitement médical, d'expériences médicales ou de dépistage obligatoire du VIH sans y avoir consenti ou en avoir été informé. Le droit de ne pas être soumis à la torture ou à d'autres formes de traitement cruel, inhumain ou dégradant est également un aspect important de la réalisation et de la protection du droit à la santé.
- **Les droits** découlent de l'obligation faite aux Etats de fournir des services de santé adaptés afin que toute personne puisse jouir du meilleur état de santé possible. Cela inclut le droit pour tous, sans distinction, de bénéficier d'un système de protection (prévention, traitement et contrôle des maladies) et de recevoir une éducation et des informations touchant à la santé (en particulier les comportements malsains ou dangereux), aux médicaments essentiels et aux services de soins en matière de sexualité et de reproduction.

Le CESCR a donné une interprétation du droit à la santé dans son Observation générale n° 14²¹. Ainsi, pour garantir les droits et les libertés susmentionnés, les Etats doivent garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des installations, des biens et des services en matière de santé, et faire en sorte que tous les secteurs de la population en bénéficient, y compris les migrants²². La figure 3 récapitule les éléments fondamentaux du droit à la santé.

Figure 3. Portée et teneur du droit à la santé selon l'Observation générale n° 14 du CESCR²³



²¹ Les observations générales sont des documents d'interprétation qui aident les Etats et les parties intéressées à saisir la portée et la teneur de chaque droit et qui exposent les obligations résultant des différents articles d'un instrument. Elles sont rédigées par des comités chargés de surveiller l'application par les Etats des dispositions du traité en question.

²² E/C.12/2000/4, par. 12.

²³ *Ibid.*

Disponibilité. Il doit exister dans l'Etat, en quantité suffisante et en temps opportun, des installations, des biens et des services fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé. Cette dimension du droit à la santé oblige les Etats à assurer l'approvisionnement général nécessaire et à éviter une pénurie de stock. Par exemple, les médicaments et les vaccins essentiels doivent être commandés en quantités suffisantes pour répondre aux besoins de tous, y compris les migrants et leur famille. Ce principe suppose en outre que les Etats prennent les dispositions voulues pour obtenir les biens et les médicaments essentiels qui sont particulièrement utiles pour les populations migrantes.

Accessibilité. Cette notion comporte divers aspects qui sont reliés au principe de non-discrimination, comme suit :

- Non-discrimination – Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous les secteurs de la population, y compris les groupes les plus vulnérables ou marginalisés, conformément à la loi et dans les faits, sans discrimination fondée sur quelque motif que ce soit. De nombreux pays restreignent leurs obligations envers les non-nationaux à la fourniture de « soins essentiels » ou de « soins de santé d'urgence ». Il en résulte globalement que les migrants sont mal pris en charge par le système de santé du pays d'accueil, et n'ont souvent pas les moyens de cotiser à une assurance maladie, de suivre un traitement ou d'acheter des médicaments essentiels²⁴.
- Les politiques de santé qui excluent une partie de la population contreviennent au principe de non-discrimination énoncé dans les instruments essentiels relatifs aux droits de l'homme. Les gouvernements devraient comprendre qu'en empêchant les migrants d'accéder aux soins primaires, ils s'exposent à des coûts financiers et des risques sanitaires plus importants car, faute d'une intervention rapide, les problèmes médicaux peuvent devenir chroniques et plus coûteux à traiter. Comme le faisait valoir le Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants, « limiter les soins à l'urgence est injustifié, non seulement du point de vue des droits de l'homme, mais également de celui de la santé publique, car ne pas dispenser de soins préventifs et primaires peut entraîner des risques sanitaires pour les migrants comme pour la communauté d'accueil »²⁵. Il est donc important de souligner que le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible s'applique également aux migrants en situation irrégulière²⁶.
- L'accessibilité physique signifie que les installations, biens et services en matière de santé doivent être physiquement accessibles sans danger pour tous les groupes de la population – enfants, femmes, personnes âgées, personnes présentant un handicap, adolescents, migrants et autres personnes ou groupes – sans distinction. Beaucoup de migrants vivent et travaillent dans des endroits où les services n'existent pas, par exemple ceux qui effectuent un travail domestique chez des particuliers. En outre, les travailleurs migrants ont parfois du mal – pour diverses raisons – à s'absenter de leur travail pendant la journée afin de recevoir des soins de santé. L'emplacement et les heures d'ouverture des infrastructures sanitaires peuvent constituer un problème dans ce cas.
- L'accès à l'information comprend le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations sur les questions de santé sous une forme accessible, par exemple des campagnes ciblées et des messages simples qui s'adressent à différents groupes de la société. Il n'est pas rare que les migrants aient du mal à obtenir des renseignements sur les questions de santé et les services disponibles, surtout si ces informations ne sont pas fournies comme il convient par les pouvoirs publics²⁷.
- L'accessibilité financière garantit que toute personne, quelle que soit sa nationalité ou sa situation au regard de la loi, a accès aux biens et services de santé indépendamment de ses moyens économiques. Les Etats doivent donc prendre des mesures spéciales en faveur des personnes qui éprouvent des difficultés financières ou qui ont besoin d'une assistance particulière, et notamment veiller à ce que les médicaments essentiels et l'assurance maladie soient abordables.

²⁴ HCDH et OMS, *Le droit à la santé*, fiche d'information n° 31, p. 23 à 25 (Genève, 2007).

²⁵ Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants, Jorge Bustamante, A/HRC/14/30, par. 28.

²⁶ A/HRC/14/30, par. 34.

²⁷ A/HRC/14/30, par. 12.

Acceptabilité. Les installations, biens et services en matière de santé doivent être acceptables, c'est-à-dire sensibles aux questions de genre, appropriés sur le plan culturel et respectueux de l'éthique médicale. Des services sensibles aux besoins des migrants peuvent comprendre l'interprétation, la traduction de documents et la « médiation culturelle » dans les hôpitaux et les centres de santé. La mise en place de tels services contribue à surmonter les barrières linguistiques et culturelles – qui risquent de nuire aux services de soins et de prévention, aux programmes de traitement et au suivi médical – et à éviter les malentendus (par exemple quand un patient décrit ses symptômes) ou les traductions erronées, qui peuvent se solder par un retard de traitement, une erreur médicale grave ou, pire encore, un décès²⁸.

Qualité. Les installations, biens et services en matière de santé doivent être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité, ce qui suppose, notamment, du personnel médical qualifié à tous les échelons, des médicaments approuvés par les instances scientifiques, des laboratoires fiables, du matériel hospitalier adapté, un approvisionnement en eau salubre et potable et des moyens d'assainissement appropriés.

²⁸ HCDH, Rapport au Conseil économique et social, 1^{er} juin 2010, E/2010/89, par. 34 et 35.

Soins de santé pour les enfants migrants

Le statut juridique des parents migrants peut entraver l'accès de leurs enfants aux soins de santé. Lorsque les non-nationaux n'ont pas droit aux soins de santé, il en va généralement de même pour leurs enfants. Même les enfants de migrants qui ont la nationalité du pays d'accueil peuvent se heurter à des obstacles, en particulier si leurs parents sont en situation irrégulière et, de ce fait, hésitent à les faire soigner de crainte que leur statut d'immigration ne soit découvert. De même, beaucoup d'enfants de migrants en situation irrégulière sont exclus des dispositifs qui offrent des soins de santé, quelle que soit la capacité de payer des parents, parce que ces derniers hésitent à contacter les services sociaux à cause du risque d'être signalés aux autorités²⁹. En outre, certaines lois, politiques et mesures entravent indirectement l'accès à la santé des enfants migrants en situation irrégulière. Dans certains pays, le parent migrant doit être en situation régulière pour obtenir un certificat de naissance de son enfant, de sorte que l'accès à la santé est difficile pour les enfants de migrants en situation irrégulière³⁰. La vaccination des enfants pose un problème particulier lorsque les parents sont en situation irrégulière ; on a signalé que de nombreux enfants ne sont pas en mesure d'être vaccinés en temps voulu, ce qui a des effets à long terme sur leur santé.

(Etude du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme sur les difficultés et les meilleures pratiques rencontrées dans l'application du cadre international pour la protection des droits de l'enfant dans le contexte des migrations, A/HRC/15/29, 5 juillet 2010, par. 63)

Le Comité des droits de l'enfant (CRC) a souligné dans son Observation générale n° 3 que « les Etats parties doivent veiller à ce que les services bénéficient, dans toute la mesure possible, à tous les enfants vivant sur leur territoire, sans discrimination, en veillant à ce qu'ils tiennent dûment compte des différences liées au sexe et à l'âge des enfants, ainsi qu'au contexte social, économique, culturel et politique dans lequel ils vivent. [...] La Convention impose aux Etats parties, entre autres obligations, celle d'assurer à tous les enfants sans distinction un accès durable, dans des conditions d'égalité, à l'ensemble des possibilités de traitement et de soins, de même qu'aux médicaments, biens et services nécessaires pour lutter contre le VIH ».

(CRC, Observation générale n° 3 sur le VIH/sida et les droits de l'enfant, CRC/GC2003/3, 17 mars 2003, par. 21 et 28)

Les enfants concernés par la migration ne sont pas pris en considération dans les politiques et les systèmes de protection et de promotion des droits de l'enfant. Les politiques et les programmes sociaux d'un grand nombre de pays d'origine, de transit et de destination ne tiennent pas compte de la situation et des besoins particuliers des enfants migrants. C'est encore plus manifeste dans le cas d'enfants en situation irrégulière, car les plans d'action et programmes nationaux de lutte contre l'exclusion sociale, la pauvreté infantile, l'abandon de la scolarité ou les inégalités en matière de santé ne ciblent pas cette catégorie particulière d'enfants.

(CRC, Background Paper for the Day of General Discussion on The rights of all children in the context of international migration, 28 septembre 2012)

²⁹ F. Crépeau, C. Rousseau *et al.* (2010). « Right and access to healthcare for undocumented children: addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe », *Social Science and Medicine*, vol. 70, n° 2, p. 329 à 336.

³⁰ A/HRC/14/30.

2.3 L'interdépendance des droits de l'homme

La pleine jouissance de nombreux droits de l'homme dépend de la réalisation du droit à la santé. De même, la pleine réalisation du droit à la santé exige le respect et l'accomplissement d'autres droits, tels que le droit à un niveau de vie suffisant, le droit au travail et la liberté d'expression. Comme le montre le graphique de la section 2.1, il est possible d'établir de multiples liens entre les droits de l'homme. Tous présentent le même degré d'interdépendance à l'égard du droit à la santé ; à titre d'illustration, nous en analyserons quelques-uns ici.

Le droit à une alimentation suffisante³¹

Le droit à une alimentation suffisante découle du droit à un niveau de vie suffisant. Il est réalisé lorsque chaque homme, chaque femme et chaque enfant, seul ou en communauté avec d'autres, a physiquement et économiquement accès à tout moment à une nourriture suffisante ou aux moyens de se la procurer. Le droit à une nourriture suffisante ne doit donc pas être interprété dans le sens étroit ou restrictif du droit à une ration minimum de calories, de protéines ou d'autres nutriments spécifiques³².

La qualité et la quantité de nourriture, parce qu'elles ont une incidence directe sur la santé, sont des éléments essentiels du bien-être d'une personne. Sous l'angle des droits de l'homme, le droit à une alimentation suffisante suppose « la disponibilité de nourriture exempte de substances nocives et acceptable dans une culture déterminée, en quantité suffisante et d'une qualité propre à satisfaire les besoins alimentaires de l'individu »³³.

Pour les migrants, l'accès à des aliments salubres en quantité suffisante présente un certain nombre de défis complexes et étroitement liés. Il serait faux de penser, toutefois, que l'ensemble des risques nutritionnels tiennent à l'insuffisance de nourriture³⁴. Certains sont dus à un mauvais régime alimentaire, à la pauvreté ou à l'impossibilité économique de se procurer des aliments sains (en raison de leur prix). Divers problèmes de santé – tels que le diabète, les maladies cardiovasculaires et d'autres pathologies liées à l'obésité – sont dus à un régime alimentaire malsain parmi certains groupes de migrants³⁵.

³¹ HCDH et FAO, *Le droit à une alimentation suffisante*, fiche d'information n° 34 (Genève, 2010).

³² CESCR, Observation générale n° 12 sur le droit à une nourriture suffisante (art. 11), E/C.12/1999/5, 12 mai 1999, par. 6.

³³ *Ibid.*, par. 8.

³⁴ T. Dubowitz, D. Acevedo-Garcia *et al.* « Life course, immigrant status and acculturation in food purchasing and preparation among low income mothers », *Public Health Nutrition*, vol. 10, n° 4, p. 396 à 404.

³⁵ N. R. Kleinfield. « Living at an epicenter of diabetes, defiance and despair », *The New York Times*, 10 janvier 2006, disponible à l'adresse : www.nytimes.com/2006/01/10/nyregion/nyregionspecial5/10diabetes.html?_r=1&emc=eta1 ; R. Mathews et R. Zachariah (2008). « Coronary heart disease in South Asian immigrants: synthesis of research and implications for health promotion and prevention in nursing practice », *Journal Transcultural Nursing*, vol. 19, n° 3, p. 292 à 299.

Violation du droit des migrants à la nourriture

Les atteintes au droit à la nourriture peuvent revêtir diverses formes et avoir des répercussions sur la vie et la santé des migrants. Parmi les mauvais traitements infligés aux travailleurs domestiques migrants figure la privation de nourriture – le refus de procurer une alimentation suffisante, en quantité ou en qualité – qui entraîne une perte de poids, une malnutrition et d'autres problèmes de santé. Dans le contexte carcéral, la Rapporteuse spéciale sur les droits de l'homme des migrants a signalé que les migrants détenus souffraient parfois d'un manque ou d'une insuffisance de nourriture et a fait observer que le fait de ne pas leur donner une alimentation adaptée à leur culture pouvait constituer une violation du droit à la nourriture.

(Rapport présenté par la Rapporteuse spéciale sur les droits de l'homme des migrants, M^{me} Gabriela Rodríguez Pizarro, E/CN.4/2003/85 (2002) par. 53)

Le droit à un logement convenable³⁷

Le droit à un logement convenable découle du droit à un niveau de vie suffisant (article 11 du PIDESC). Le CESCR a indiqué qu'il fallait l'interpréter comme le droit à un lieu où l'on puisse vivre en sécurité, dans la paix et la dignité. L'interdiction des expulsions forcées et de la destruction ou de la démolition arbitraire de logements est un aspect fondamental du droit à un logement convenable^{38,39}.

La jouissance du droit à un logement convenable est indispensable à la dignité humaine et à la réalisation d'une large palette de droits fondamentaux et de libertés essentielles, notamment le droit à la santé et d'autres droits cruciaux pour le bien-être de chacun. Les conditions de logement influencent la qualité de vie et la santé physique et mentale des personnes. Il existe une corrélation entre l'absence de logement convenable et divers problèmes de santé, dont la malnutrition, les troubles mentaux et la toxicomanie⁴⁰, ainsi qu'avec des maladies graves dues à l'absence d'eau potable et d'installations d'assainissement.

Des liens ont été établis entre un logement de piètre qualité et des accidents, des blessures et l'exposition à des matières polluantes, à des toxines et au froid (hypothermie). De plus, le surpeuplement et l'insalubrité augmentent les risques d'affections respiratoires, gastro-intestinales et dermatologiques⁴¹.

Il n'est pas rare que les migrants aient du mal à trouver un logement convenable, surtout s'ils sont en situation irrégulière. Dans son Observation générale sur ce point précis, le CESCR a signalé « un écart préoccupant »⁴² entre le droit au logement et la situation qui règne dans de nombreuses régions du monde.

La législation discriminatoire en vigueur dans certains pays porte gravement atteinte au droit au logement des migrants. Ainsi, des lois imposent des sanctions civiles ou pénales aux propriétaires

³⁶ Voir, par exemple, Conseil des droits de l'homme, onzième session, Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences : Mission en Arabie saoudite, 14 avril 2009, A/HRC/11/6/Add.3, par. 59.

³⁷ Pour un aperçu de cette question, voir HCDH et ONU Habitat, *Le droit à un logement convenable*, fiche d'information n° 21 (Genève, 2009), disponible à l'adresse : www.ohchr.org/EN/PublicationsResources/Pages/FactSheets.aspx.

³⁸ CESCR, Observation générale n° 4 sur le droit à un logement suffisant (art. 11, par. 1), E/1992/23, 13 décembre 1991.

³⁹ CESCR, Observation générale n° 7 sur le droit à un logement suffisant : expulsions forcées (art.11 1), E/1998/22, 20 mai 1997.

⁴⁰ Australia Human Rights and Equal Opportunity Commission (2008), *Homelessness is a Human Rights Issue*, par. 6.2.

⁴¹ UNICEF, OMS, Banque mondiale et PNUD, *Globalization and Infectious Diseases: Review of the Linkages* (Genève, 2004), p. 41.

⁴² E/1992/23, par. 4.

qui louent un logement à des migrants irréguliers⁴³. La ségrégation et la discrimination, qui peuvent prendre la forme d'obstacles administratifs ou de règles de location, entravent encore gravement la capacité des migrants à exercer leur droit au logement. Le CESCR s'est déclaré préoccupé par le fait que les familles des migrants « vivent majoritairement dans des quartiers pauvres où les infrastructures sont de mauvaise qualité [et] les immeubles mal entretenus », et a recommandé que soit effectivement appliquée « la législation visant à combattre la discrimination dans le logement, y compris les pratiques discriminatoires du secteur privé »⁴⁴. Enfin, le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale (CERD) a souligné avec force que les Etats devaient prendre des mesures pour éliminer la discrimination et « agir pour éviter la ségrégation dans le logement »⁴⁵.

Un logement convenable ne se limite pas à un simple abri. Selon la Commission des établissements humains, il doit présenter les caractéristiques suivantes : « suffisamment d'intimité, suffisamment d'espace, une bonne sécurité, un éclairage et une aération convenables, des infrastructures de base adéquates et un endroit bien situé par rapport au lieu de travail et aux services essentiels – tout cela pour un coût raisonnable »⁴⁶. Les migrants risquent non seulement d'avoir plus de mal à obtenir un logement *convenable*, mais aussi de se trouver sans abri. Dans l'Union européenne (UE), ils composent 20 % environ de la population sans abri, ce chiffre atteignant 33 % à Copenhague, au Danemark (pays membre de l'UE)⁴⁷.

Les rapports qu'entretient un travailleur migrant avec son employeur peuvent encore compliquer l'accès à un logement convenable. Dans certains pays, par exemple, les employeurs sont tenus de fournir un logement aux travailleurs qu'ils font venir de l'étranger. Le HCDH a constaté avec préoccupation que, souvent, le type de logement ainsi procuré est de mauvaise qualité, même lorsque l'employeur retient une grande partie du salaire en contrepartie ou quand plusieurs travailleurs utilisent le même lit à tour de rôle, ce qu'on appelle parfois un « lit chaud »⁴⁸.

La situation des travailleurs domestiques migrants qui vivent sur leur lieu de travail soulève des inquiétudes similaires. Outre l'impossibilité de s'isoler, ils vivent souvent dans des conditions déplorables (n'ayant parfois d'autre choix que de dormir dans des vestibules ou des placards). Etant donné qu'ils résident sur leur lieu de travail, certains sont de service 24 heures sur 24 et n'ont même pas un jour de congé par semaine. Dans de nombreuses régions du globe, les travailleurs domestiques migrants sont victimes d'une exploitation et de traitements « aussi graves que dans l'esclavage ou les cas apparentés à l'esclavage »⁴⁹. Les personnes qui se trouvent dans une telle situation – généralement des femmes – subissent parfois des actes de violence physique, psychologique et sexuelle. Comme ces travailleurs risquent par ailleurs d'être expulsés du logement mis à leur disposition par leur employeur, ils se sentent obligés de supporter les

⁴³ « Equal rights for all migrants: A call for ratification of the International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families, Address by the UN High Commissioner for Human Rights, Ms. Navi Pillay » (Genève, 14 décembre 2011), disponible à l'adresse : www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=11723&LangID=F.

⁴⁴ CESCR, quarantième session, Observations finales du Comité des droits économiques, sociaux et culturels : France, E/C.12/FRA/CO/3, 29 et 30 avril 2008, par. 41, al. c). De nombreuses études ont également montré comment les obstacles administratifs et les formes indirectes de discrimination obligent les migrants à se concentrer dans des quartiers pauvres et à vivre dans des logements où le surpeuplement et l'absence de services (transports, eau potable, installations sanitaires) sont la norme. Voir également : S. Braunschweig et M. Carballo. *Health and Human Rights of Migrants* (Genève, OMS et Centre international pour la migration et la santé, 2002).

⁴⁵ CERD, soixante-quatrième session, General Recommendation No. 30 on Discrimination against non-citizens, CERD/C/64/Misc.11/rev.3, 23 février-12 mars 2004, par. 32.

⁴⁶ Assemblée générale des Nations Unies, Stratégie mondiale du logement jusqu'à l'an 2000, résolution adoptée à la soixante-dix-huitième séance plénière, A/RES/46/163, 19 décembre 1991.

⁴⁷ M. Carballo et M. Mboup. *International Migration and Health, A Paper prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration*, Centre international pour la migration et la santé (Genève, 2005), p. 7.

⁴⁸ E/2010/89, par. 36 à 40. Des études ont montré que les travailleurs migrants temporaires et saisonniers ont beaucoup de mal à se loger et tendent à se regrouper dans des abris de fortune ou des bidonvilles. Il existe un cercle vicieux entre la piètre qualité du logement, les conditions de travail dangereuses, l'effritement du tissu social et la propagation des maladies parmi les travailleurs migrants.

⁴⁹ HCDH, Bureau régional pour l'Europe, *Rights of Migrant Domestic Workers in Europe* (Genève, 2011), p. 5.

abus pour ne pas se retrouver à la rue⁵⁰. Souvent, les travailleurs domestiques migrants ne connaissent pas les services et les infrastructures de santé en place et, parfois, ne sont pas rémunérés quand ils prennent un congé de maladie⁵¹.

Le droit au travail et les droits des travailleurs

L'article 7 du PIDESC dispose que toute personne a le droit de jouir de conditions de travail justes et favorables, ce qui inclut la sécurité et l'hygiène du travail. Les incidences des mauvaises conditions de travail sur la santé et le bien-être ne doivent pas être sous-estimées. Les migrants comptent parmi les travailleurs les plus vulnérables au monde, souvent victimes d'exploitation, de discrimination et d'abus, sans accès aux voies de recours et de réparation, craignant sans cesse l'expulsion.

Le droit international des droits de l'homme et le droit international du travail s'accordent sur la question des travailleurs migrants. Ainsi, lorsqu'ils ont adopté en 1998 la Déclaration relative aux principes et droits fondamentaux au travail, les Etats membres de l'OIT ont accepté les principes énoncés dans les huit conventions clés de l'Organisation (sur le travail forcé, l'abolition du travail des enfants, les droits syndicaux et la non-discrimination), même s'ils n'ont pas ratifié les instruments en question⁵². Cette Déclaration vise à éliminer un certain nombre de pratiques préjudiciables à la santé mentale et physique des travailleurs migrants, dont le travail forcé ou obligatoire, le travail des enfants et la discrimination en matière d'emploi et de profession. Elle consacre par ailleurs la liberté d'association et la reconnaissance effective du droit de négociation collective. L'interdiction de toute discrimination fondée sur la nationalité signifie que toutes les mesures de protection des travailleurs s'appliquent pleinement aux migrants, et garantit la prise en considération de la santé sur le lieu de travail.

Les dispositifs régionaux sur les droits de l'homme et les travailleurs migrants

Les organes régionaux chargés des droits de l'homme ont approuvé sans réserve l'application des mesures de protection des travailleurs aux migrants, y compris en situation irrégulière. Comme l'a indiqué la Cour interaméricaine des droits de l'homme, « s'il existe une relation d'emploi, le migrant acquiert les droits d'un travailleur, lesquels doivent être reconnus et garantis, que le migrant soit en situation régulière ou irrégulière dans l'Etat d'emploi »⁵³. Dans l'affaire *Siliadin c. France*, la Cour européenne des droits de l'homme a invoqué l'article 4 de la Convention européenne des droits de l'homme, qui interdit l'esclavage, la servitude et le travail forcé ou obligatoire, indépendamment du statut de la victime au regard de l'immigration. Il s'agissait, en l'espèce, d'une enfant migrante dépourvue de documents qui était forcée de travailler comme domestique, sans rémunération ni repos, contre la promesse de régulariser sa situation administrative en France.⁵⁴

Le droit à la sécurité sociale

L'article 9 du PIDESC dispose que « les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales ». Le CESCR a affirmé que le droit à la sécurité sociale englobe le droit d'avoir accès à des prestations, en espèces ou en nature, et de continuer à en bénéficier, sans discrimination, afin de garantir une protection,

⁵⁰ Rapport du Rapporteur spécial sur le logement convenable, Miloon Kothari, E/CN.4/2006/118, 27 février 2006, par. 68.

⁵¹ Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, *Migrants en situation irrégulière employés dans le secteur du travail domestique : les défis en matière de droits fondamentaux pour l'Union européenne et ses Etats membres* (Vienne, 2011), p. 24 à 26.

⁵² Pour en savoir plus sur le cadre juridique qui régit la protection des travailleurs migrants à l'échelon international, voir OIM, OIT et OSCE, *Manuel pour l'établissement de politiques de migration de main-d'œuvre efficaces, Edition méditerranéenne* (Genève, 2007), p. 27 à 37.

⁵³ Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Juridical Condition and Rights of Undocumented Migrants*, Advisory Opinion OC-18/03, 17 septembre 2003, par. 134.

⁵⁴ *Siliadin c. France*, n° 73316/01, CEDH, 26 juillet 2005, par. 109 à 129.

entre autres, contre : a) la perte du revenu lié à l'emploi, pour cause de maladie, de maternité, d'accident du travail, de chômage, de vieillesse ou de décès d'un membre de la famille ; b) le coût démesuré de l'accès aux soins de santé ; c) l'insuffisance des prestations familiales, en particulier au titre des enfants et des adultes à charge⁵⁵.

Les Etats ne peuvent exclure de façon arbitraire les travailleurs migrants des régimes de sécurité sociale et de protection sociale. Le CESCR a établi que l'interdiction de la discrimination fondée sur la nationalité s'appliquait également au droit à la sécurité sociale, précisant que celui-ci valait pour les systèmes contributifs et les systèmes d'assurance tels que les assurances sociales, comme pour les systèmes non contributifs tels que les systèmes universels ou les systèmes d'assistance sociale ciblés⁵⁶.

Il est important de reconnaître que les travailleurs migrants font partie de la population active d'un pays et qu'ils contribuent utilement à l'économie nationale et, qu'à ce titre, ils cotisent aux régimes d'assurance sociale en payant des impôts. Le CESCR a estimé que les travailleurs migrants qui ont cotisé à un régime de sécurité sociale devraient pouvoir bénéficier de leurs cotisations ou se les voir restituer s'ils quittent le pays⁵⁷. L'article 27 de la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille étend le droit à la sécurité sociale à tous les travailleurs migrants et aux membres de leur famille⁵⁸.

Le statut migratoire d'une personne – selon qu'elle est ou non pourvue de documents – ne devrait pas être pris en considération pour déterminer si elle a droit aux régimes de protection sociale d'un Etat et ce, dans le souci de combattre la pauvreté et l'exclusion sociale⁵⁹. Le CESCR a clairement indiqué que « les non-ressortissants devraient pouvoir bénéficier des régimes non contributifs de soutien du revenu et de la famille et accéder à des soins de santé abordables. Toute restriction, notamment toute durée d'affiliation requise, doit être proportionnée et raisonnable. Chacun, quels que soient sa nationalité, son lieu de résidence ou son statut en matière d'immigration, a droit aux soins médicaux primaires ou d'urgence »⁶⁰. Le Comité a également noté l'importance que revêt la conclusion aux niveaux bilatéral et multilatéral d'accords internationaux de réciprocité ou d'autres instruments visant à coordonner ou harmoniser les régimes de sécurité sociale contributifs pour les travailleurs migrants⁶¹.

⁵⁵ CESCR, Observation générale n° 19 sur le droit à la sécurité sociale (art. 9), E/C.12/GC/19, 4 février 2008, par. 2.

⁵⁶ *Ibid.*, par. 4.

⁵⁷ *Ibid.*, par. 36.

⁵⁸ Aux termes de l'article 27 de la Convention :

« 1. En matière de sécurité sociale, les travailleurs migrants et les membres de leur famille bénéficient, dans l'Etat d'emploi, de l'égalité de traitement avec les nationaux dans la mesure où ils remplissent les conditions requises par la législation applicable dans cet Etat et les traités bilatéraux ou multilatéraux applicables. Les autorités compétentes de l'Etat d'origine et de l'Etat d'emploi peuvent à tout moment prendre les dispositions nécessaires pour déterminer les modalités d'application de cette norme.

2. Lorsque la législation applicable prive les travailleurs migrants et les membres de leur famille d'une prestation, les Etats concernés examinent la possibilité de rembourser aux intéressés les montants des cotisations qu'ils ont versées au titre de cette prestation, sur la base du traitement qui est accordé aux nationaux qui se trouvent dans une situation similaire. »

⁵⁹ Le CESCR a déclaré expressément que « le droit à la sécurité sociale revêt une importance centrale pour garantir la dignité humaine de toutes les personnes confrontées à des circonstances qui les privent de la capacité d'exercer pleinement les droits énoncés dans le Pacte ». *Ibid.*, par. 1 (italiques ajoutés).

⁶⁰ E/C.12/GC/19, par. 37.

⁶¹ E/C.12/GC/19, par. 56.

Mesures destinées à faciliter l'accès des migrants aux services de santé

Un certain nombre d'Etats adoptent des approches novatrices concernant leurs régimes de sécurité sociale contributifs, d'assurance maladie financée par les employeurs et d'imposition fiscale, en vue d'améliorer la santé des migrants et leur accès aux services de santé. Quelques pays d'origine fortement tributaires des rapatriements de fonds, tels que Sri Lanka et les Philippines, ont mis en place des régimes d'assurance pour leurs ressortissants à l'étranger. Plusieurs pays de destination, dont la Thaïlande, offrent des services de santé à certaines catégories de migrants enregistrés et à leur famille, au titre d'un programme d'assurance obligatoire. Le Brésil, l'Espagne et le Portugal, notamment, ont adopté une politique d'égalité d'accès à la protection sociale pour tous les migrants, quel que soit leur statut juridique. D'autres initiatives ont été lancées par les syndicats et les employés. En Argentine, par exemple, les employeurs des travailleurs migrants ruraux versent un pourcentage de la masse salariale dans un fonds spécial qui comprend des avantages sociaux, et notamment une assurance maladie. Cependant, les possibilités de transférer les prestations d'assurance maladie – comme le prévoit l'accord entre le Maroc et l'Allemagne – restent rares, même si certains migrants au sein de l'UE en bénéficient de manière appréciable. Les mesures précitées ont certes leurs limites, mais elles ont le mérite de reconnaître la nécessité de veiller à la santé des migrants en tant que droit humain et en tant que bonne pratique de santé publique.

(FMMD 2010, Document de réflexion de la table ronde 2.1 sur « La réduction des coûts des migrations et l'optimisation du développement humain », annexe 1 : Exemples de réponses mondiales sur la santé des migrants, quatrième réunion du Forum mondial sur la migration et le développement tenue à Mexico en 2010, disponible à l'adresse : www.gfmd.org/en/docs/mexico-2010).

Le droit à la vie de famille

La famille est décrite comme étant l'élément naturel et fondamental de la société, entre autres à l'article 23 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques. Les droits propres aux enfants, tels que le principe de l'unité de la famille et les droits d'avoir un nom, d'être enregistré dès sa naissance, d'acquérir une nationalité et de ne pas être séparé de ses parents contre son gré, sont énoncés aux articles 7, 8 et 9 de la Convention relative aux droits de l'enfant. La notion d'intérêt supérieur de l'enfant découle de l'article 3.1 de la Convention. Le Comité des droits de l'enfant a précisé, dans son Observation générale n° 6, que l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale, y compris dans les questions de réunification familiale. La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille renferme des dispositions précises qui protègent toutes les personnes, et mentionne expressément la famille (par exemple aux articles 14 et 44).

Le fait d'être longtemps séparé de sa famille et d'être chers peut entraîner des troubles psychologiques, un abus de substances, des comportements dangereux, et d'autres problèmes de santé^{62,63}. Dans le cas des femmes ou des enfants migrants, la séparation accroît les risques d'exploitation, de violence et d'abus⁶⁴.

Les liens familiaux sont étroitement associés à la santé mentale et physique des membres d'une famille, en particulier les enfants et les personnes âgées et en situation de vulnérabilité. Dans le contexte de la migration, l'isolement social provoqué par l'éloignement de la famille et des

⁶² S. Maguire et K. Martin. « Fractured migrant families: paradoxes of hope and devastation », *Family and Community Health*, vol. 30, p. 178 à 188.

⁶³ A. Mercer, G. Khanam *et al.* « Sexual risk behaviour of married men and women who have lived apart due to the husband's work migration », *Sexual Transmitted Diseases*, vol. 34, n° 5, p. 265 à 273.

⁶⁴ Fonds des Nations Unies pour la population, *Etat de la population mondiale 2006 : Vers l'espoir – Les femmes et la migration internationale* (New York, 2006).

relations sociales, la précarité de l'emploi, les conditions de vie difficiles et l'exploitation risquent de porter atteinte à la santé mentale des migrants.

Comme on l'a dit précédemment, le droit international des droits de l'homme considère la famille comme « l'élément naturel et fondamental de la société »⁶⁵, qui doit recevoir « une protection et une assistance aussi larges que possible »⁶⁶. Le Comité des droits de l'homme (CCPR), reconnaissant que le terme « famille » peut avoir un sens différent d'un pays à l'autre, insiste pour qu'il soit compris dans un sens large et englobe différents types de familles et différents membres au sein de celles-ci⁶⁷. En effet, une famille ne se limite pas toujours aux membres inclus dans la notion habituelle de famille nucléaire, à savoir le mari, la femme et les enfants mineurs. La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille reconnaît explicitement ce principe à l'article 4⁶⁸.

Le respect du droit à la vie de famille non seulement exige que les Etats ne prennent pas de mesures qui séparent les membres de la famille, mais les oblige aussi à faire en sorte de préserver l'unité de la famille et de réunir ses membres en cas de séparation. Par exemple, quand les membres d'une famille résident dans plusieurs pays pour des motifs politiques, économiques ou similaires, les Etats sont tenus de faciliter les contacts entre eux et la réunification de la famille⁶⁹.

Le droit à la vie de famille englobe aussi le droit des enfants aux soins parentaux, qui fait obligation aux Etats de veiller à ce qu'un enfant ne soit pas séparé de ses parents sans révision judiciaire en bonne et due forme⁷⁰. Dans le contexte de la migration, le principe de l'unité de la famille a une importante fonction de protection des enfants, surtout s'ils sont non accompagnés ou séparés. C'est pourquoi, les Etats doivent prendre des mesures spéciales pour retrouver les parents d'enfants non accompagnés et séparés, dans le but de réunir la famille⁷¹. Au cœur de ces principes se trouve la nécessité de préserver l'intérêt supérieur de l'enfant et de prévenir l'exploitation et les mauvais traitements économiques ou sociaux.

Le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations

L'article 19 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques dispose que « toute personne a droit à la liberté d'expression ; ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce, sans considération de frontières, sous une forme orale, écrite, imprimée ou artistique, ou par tout autre moyen de son choix ».

Il est de plus en plus important, pour la planification et la préparation dans le domaine de la santé publique, que les pays abritant une forte population de migrants s'assurent que l'information voulue est à la fois disponible et comprise par les différents segments de la société^{72,73}.

⁶⁵ Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 16, al. 3.

⁶⁶ PIDESC, art. 10, al. 1.

⁶⁷ CCPR, Observation générale n° 19 sur la protection de la famille, le droit au mariage et l'égalité entre époux (art. 23), 27 juillet 1990, par. 2. Le Comité fait observer que « la notion de famille peut différer à certains égards d'un Etat à l'autre, et même d'une région à l'autre à l'intérieur d'un même Etat, de sorte qu'il n'est pas possible d'en donner une définition uniforme ».

⁶⁸ L'article 4 précise : « Aux fins de la présente Convention, l'expression « membres de la famille » désigne les personnes mariées aux travailleurs migrants ou ayant avec ceux-ci des relations qui, en vertu de la loi applicable, produisent des effets équivalant au mariage, ainsi que leurs enfants à charge et autres personnes à charge qui sont reconnues comme membres de la famille en vertu de la législation applicable ou d'accords bilatéraux ou multilatéraux applicables entre les Etats intéressés ».

⁶⁹ Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, art. 44 (pour ce qui concerne les travailleurs migrants en situation régulière et les membres de leur famille) ; Convention relative aux droits de l'enfant, art. 10, al. 1.

⁷⁰ Convention relative aux droits de l'enfant, art. 9, al. 1.

⁷¹ Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 6 sur le traitement des enfants non accompagnés et des enfants séparés en dehors de leur pays d'origine, CRC/GC/2005/6, 1^{er} septembre 2005, section VII.

⁷² S. Shiu-Thornton, J. Balabis *et al.* « Disaster preparedness for limited English proficient communities: Medical interpreters as cultural brokers and gatekeepers », *Public Health Reports*, vol. 122, p. 466 à 471.

⁷³ Y. Pylypchuk et J. Hudson. « Immigrants and the use of preventive care in the United States », *Health Economics*, vol. 18, n° 7, p. 783 à 806.

La diffusion d'informations sur la santé, y compris sur les questions de sexualité et de reproduction⁷⁴ – planification familiale et infections sexuellement transmissibles – est essentielle pour garantir l'égalité et la non-discrimination en matière d'accès aux soins de groupes particuliers, par exemple les femmes, les adolescents, les jeunes adultes et les personnes porteuses du VIH. L'accessibilité aux informations sur la santé doit comprendre le droit de rechercher et de recevoir des informations impartiales et des avis professionnels sur les questions de santé⁷⁵.

Améliorer la santé des travailleurs migrants autochtones en Amérique centrale par la diffusion d'informations

L'OIM a produit, à l'intention de la population autochtone Ngöbe-Buglé, du matériel d'information, d'éducation et de communication sur les pratiques d'hygiène de base permettant de prévenir la propagation du syndrome grippal. Cette population franchit chaque année la frontière entre le Panama et le Costa Rica pour travailler dans le secteur agricole. L'OIM a fait appel à des conseillers culturels pour élaborer des documents bilingues (espagnol et ngobere) qui donnent à ces travailleurs migrants des informations adaptées sur le plan culturel.

⁷⁴ Par exemple, les mutilations génitales pratiquées dans certaines cultures portent atteinte à la santé des femmes et des jeunes filles. Pour en savoir plus, voir la position de l'OMM (www.iom.int/jahia/Jahia/about-iom/organizational-structure/iom-gender/activities-best-practices/fgm/cache/offonce/), l'aide-mémoire de l'OMS (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/index.html>) et la fiche d'information du HCDH (www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet23en.pdf) sur les mutilations génitales féminines.

⁷⁵ CESCR, Observation générale n° 14, par. 12, al. b.

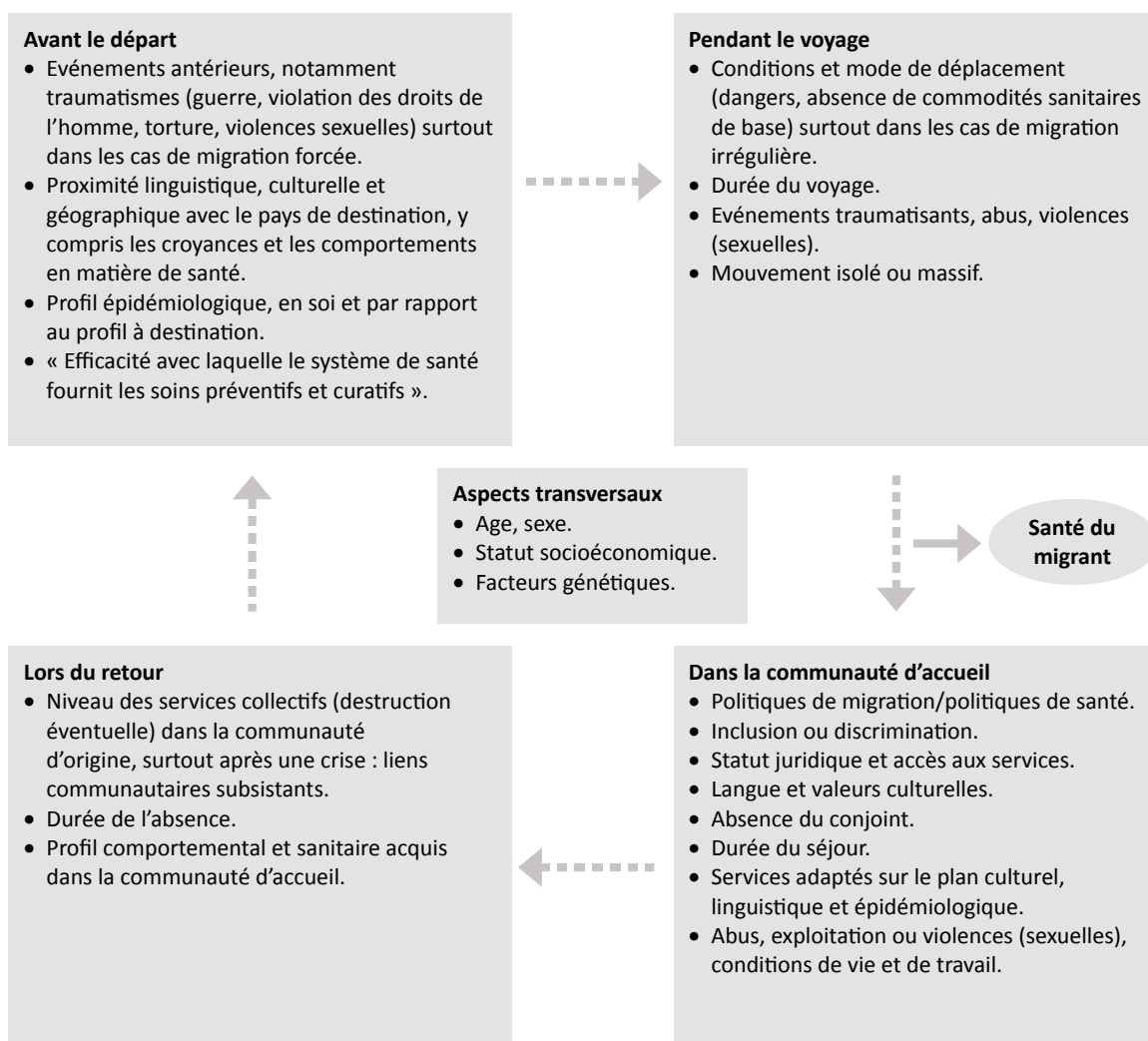
SECTION 3. LES DEFIS SANITAIRES DU PROCESSUS MIGRATOIRE

Cette section passe en revue les effets de la migration sur la santé publique et sur la santé des migrants. Elle traite plus particulièrement du lien entre la santé et la migration aux différentes phases du processus migratoire, et donne des exemples de défis, mais aussi d'avancées prometteuses en ce qui concerne la protection du droit à la santé des migrants.

Les étapes du processus migratoire

Les conditions dans lesquelles se déroule la migration peuvent amplifier la vulnérabilité des migrants à l'égard de la maladie. Les facteurs de risque découlent des circonstances qui sont présentes avant le départ, pendant le voyage, à destination et lors du retour dans le pays d'origine (figure 4).

Figure 4. Aspects des étapes de la migration susceptibles d'influer sur la santé des migrants⁷⁶.



⁷⁶ Adapté de B. Gushulak, J. Weekers et D.W. MacPherson, « Migrants in a globalized world – health threats, risks, and challenges: An evidence-based framework », *Emerging Health Threats Journal*, publié en ligne le 31 mars 2010 ; OIM, *Migration et santé – Programmes et perspectives de l'OIM : Pour une approche multisectorielle*, deuxième session du Comité permanent des programmes et des finances, SCPF/12 (Genève, 2008).

Différences de vulnérabilité sur le plan de la santé

Le risque d'être malade ou en mauvais état de santé est plus élevé dans certains groupes de migrants. La morbidité est plus fréquente parmi ceux originaires de régions pauvres, qui ont été déplacés par un conflit ou une catastrophe naturelle, qui sont vulnérables (mauvais état de santé préalable, enfants non accompagnés, personnes âgées, jeunes, familles monoparentales) ou qui ont peu d'éducation, d'aptitude linguistique et de compétences professionnelles^{77,78,79}. Par ailleurs, les migrants qui sont victimes d'exclusion sociale, économique ou juridique (surtout s'ils sont en situation irrégulière) risquent beaucoup plus de contracter une maladie et d'être atteints de troubles mentaux, en raison d'un cadre de vie médiocre, de l'exploitation subie au travail et de l'impossibilité d'accéder aux services sanitaires et sociaux^{80,81,82,83}.

Le système de santé ne peut, à lui seul, éliminer les inégalités en matière de santé et d'accès à des soins de qualité auxquelles sont confrontés les migrants. Les déterminants sociaux de la santé influent sur plusieurs secteurs (éducation, emploi, sécurité sociale, logement, etc.). Tous ont un impact considérable sur la santé des migrants^{84,85,86}. Comme le reconnaît le cadre des droits de l'homme précité (voir la section 2), le droit à la santé est intimement lié et subordonné à toute une série d'autres droits humains.

⁷⁷ B. Moynihan, M.T. Gaboury et K.J. Onken. « Undocumented and unprotected immigrant women and children in harm's way », *Journal of Forensic Nursing*, vol. 4, p. 123 à 129.

⁷⁸ Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *Children in Immigrant Families in Eight Affluent Countries* (Centre de recherche Innocenti, Florence, 2009).

⁷⁹ OMS, *Health of migrants-The way forward: Report of a global consultation* (Genève, 2010), disponible à l'adresse : www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf.

⁸⁰ OMS, « Comment on Migration and health: a dynamic challenge for Europe » (2010), *EuroHealth*, vol. 16, n° 1.

⁸¹ Plate-forme pour la coopération internationale concernant les sans-papiers (PICUM), *Accès à la santé pour les sans-papiers en Europe* (2007), disponible à l'adresse : <http://picum.org/picum.org/uploads/publication/Acces%20aux%20soins%20de%20sante%20pour%20les%20migrants%20sans%20papiers%20en%20Europe%20FR.pdf>.

⁸² Réseau HUMA, *Accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour et des demandeurs d'asile dans 10 pays de l'UE – Législation et pratique*.

⁸³ Réseau HUMA, *L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe*.

⁸⁴ OMS, *La Charte de Tallin : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité* (Copenhague, 2008).

⁸⁵ OMS, résolution WHA62.14 – Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé, 22 mai 2009, point 12.5 de l'ordre du jour.

⁸⁶ OMS, *Déterminants sociaux de la santé*, disponible à l'adresse : http://www.who.int/social_determinants/fr/.

Tuberculose et droits des migrants

L'Equipe spéciale sur la tuberculose et les droits de l'homme relevant du partenariat Halte à la tuberculose entend protéger et promouvoir les droits de l'homme en vue d'un accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement de cette maladie. Dans l'un de ses documents de travail, elle énonce les principaux problèmes concernant les droits de l'homme liés à la tuberculose auxquels se heurtent les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays.

Les migrants

- Les migrants en situation irrégulière se trouvent fréquemment au bas de l'échelle sociale, où les risques de contracter la tuberculose sont accrus par la piètre qualité des logements, l'alimentation inadaptée, l'impossibilité d'accéder aux installations, informations et services de santé, et/ou l'exploitation au travail ;
- A cause de leur statut juridique, les migrants ne bénéficient pas toujours d'un diagnostic et du traitement de la tuberculose. Ils peuvent éviter de faire appel aux services de santé de crainte d'être expulsés, et retarder le moment de consulter par manque d'information et d'éducation ;
- La continuité des soins est souvent brisée par une mesure d'éloignement.

Les réfugiés

- Le risque de contracter la tuberculose est élevé parmi les réfugiés qui souffrent de mauvaises conditions d'alimentation et d'hygiène, vivent dans des lieux surpeuplés, n'ont pas accès aux soins, à l'éducation et à l'information voulus, ou sont aux prises avec d'autres maladies. Il peut être difficile de bien traiter et maîtriser la tuberculose en raison, par exemple, de situations d'urgence en constante évolution ou de la mobilité des populations de réfugiés.

Les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays

- La prévention et le diagnostic de la tuberculose, ainsi que la continuité des soins, sont souvent négligés quand les situations d'urgence humanitaire perdurent.

(Stop TB Partnership TB Human Rights Task Force – Working document on TB and Human Rights, disponible à l'adresse : www.stoptb.org/assets/documents/global/hrtf/Briefing%20note%20on%20TB%20and%20Human%20Rights.pdf)

Vulnérabilités sexospécifiques des migrants sur le plan de la santé

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) s'est intéressé, en 2008, à la situation des travailleuses migrantes, y compris leur santé sexuelle et reproductive. Dans sa Recommandation générale n° 26, il constate : « En ce qui concerne la grossesse, les cas de discrimination peuvent être particulièrement graves. Les travailleuses migrantes sont parfois victimes des violations suivantes : obligation de passer des tests de grossesse et déportation en cas de résultat positif ; avortement sous la contrainte ou impossibilité d'accéder à des services de santé de la procréation ou à des services d'avortement en toute sécurité, lorsque la santé de la mère est menacée ou même après des violences sexuelles ; absence, ou insuffisance, de congés de maternité rémunérés, soins obstétricaux inabordables, ce qui entraîne de graves risques sanitaires. Les travailleuses migrantes sont parfois renvoyées lorsque leur employeur découvre qu'elles sont enceintes ; dans certains cas, cette perte d'emploi les place en situation irrégulière et les rend passibles de déportation ».

(Nations Unies, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 26 concernant les travailleuses migrantes, CEDAW/C/2009/WP.1/R, par. 18, 5 décembre 2008)

Interdiction d'expulser les travailleuses migrantes enceintes en Israël

En avril 2011, dans une décision historique, la Haute Cour de justice d'Israël a déclaré inconstitutionnelle et a aboli une réglementation qui autorisait l'éloignement des travailleuses migrantes enceintes. Selon le texte en question, une travailleuse migrante enceinte qui n'avait pas d'emploi pouvait être expulsée pendant les six premiers mois de la grossesse. Au-delà de cette limite, et quelle que soit sa situation au regard de l'emploi, elle ne pouvait faire l'objet d'une mesure d'éloignement que 90 jours après la date de l'accouchement. Deux possibilités s'offraient à elle à la suite d'une telle mesure : déposer une demande de permis de travail de deux ans et revenir en Israël sans son enfant, ou rester dans son pays d'origine. La Cour a estimé que le fait d'obliger une femme à choisir entre sa famille et son travail « contrevient gravement aux droits constitutionnels des travailleurs énoncés dans le droit israélien ».

(Voir le site web *Migrant Rights*, à l'adresse : www.migrant-rights.org/2011/04/17/israeli-high-court-forbids-deportation-of-pregnant-migrant-workers/).

3.1 Avant le départ et à la frontière

La gestion des migrations est traditionnellement considérée comme un domaine relevant de la souveraineté nationale. Autrement dit, les Etats sont autorisés à contrôler leurs frontières, déterminer quels ressortissants étrangers sont autorisés à séjourner sur leur territoire et lesquels doivent être éloignés dans certains cas, et prendre les mesures nécessaires pour protéger la sécurité publique⁸⁷.

En dépit de la souveraineté des nations, le pouvoir de gérer les migrations doit être exercé dans le plein respect du droit international, en particulier le droit international des droits de l'homme. Quand un pays exerce son droit souverain de refuser l'entrée de non-nationaux, il doit le faire conformément aux obligations que lui impose le droit international, dont l'observation des principes fondamentaux de non-refoulement et de non-discrimination. Ce dernier principe interdit aux Etats de traiter différemment les personnes qui souhaitent entrer ou résider sur leur territoire au seul titre de motifs proscrits, tel que l'état de santé ou d'invalidité, à moins qu'il n'existe une raison objective et raisonnable de procéder ainsi⁸⁸. La Convention relative aux droits des personnes handicapées précise que la discrimination basée sur le handicap désigne « toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le handicap qui a pour objet ou pour effet de compromettre ou réduire à néant la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, sur la base

⁸⁷ S. Vohra. « Detention of irregular migrants and asylum seekers », dans R. Cholewinski, R. Perruchoud et E. MacDonald (responsables de la publication), *International Migration Law: Developing Paradigms and Key Challenges*, Asser Press, La Haye, chap. 3.

⁸⁸ Pour connaître les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques touchant aux restrictions et dérogations possibles, voir Conseil économique et social, *Principes de Syracuse concernant les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques qui autorisent des restrictions ou des dérogations*, document ONU E/CN.4/1985/4. On peut y lire ceci : « La santé publique peut être invoquée comme un motif pour restreindre certains droits, afin de permettre à un Etat de prendre des mesures en cas de menace grave à la santé de la population ou de certains éléments de la population. Ces mesures doivent avoir spécialement pour but de prévenir des maladies ou des accidents ou de permettre d'apporter des soins aux malades et aux blessés », étant entendu qu'« il doit être tenu dûment compte du Règlement sanitaire international de l'Organisation mondiale de la Santé ». Voir également la déclaration du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et de l'OIM sur les restrictions de voyage liées aux VIH/sida (Genève, 2004) et le document ONU A/CN.4/565 (2006) de la Commission du droit international des Nations Unies, *Expulsion des étrangers : Etude du Secrétariat*, par. 261 et 392 à 400. (L'étude énumère les législations nationales qui autorisent l'expulsion ou le refoulement des non-nationaux qui souffrent d'une déficience, d'une maladie mentale, d'un handicap mental ou d'une arriération mentale). Voir enfin Human Rights Watch (2009), *Discrimination, Denial, and Deportation – Human Rights Abuses Affecting Migrants Living with HIV*.

de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel, civil ou autres »⁸⁹.

A une époque de forte mobilité internationale, les risques pour la santé publique dans un endroit donné peuvent rapidement prendre une ampleur mondiale⁹⁰. C'est ce qu'a montré en 2009 la propagation de la grippe pandémique A(H1N1), ainsi que les mesures de détection, d'information et de lutte mises en œuvre à l'échelle planétaire⁹¹. On sait depuis le XIV^e siècle, quand la peste a ravagé l'Europe, que les mouvements de personnes peuvent avoir une incidence sur la santé publique. Les régimes officiels de quarantaine, qui visent à endiguer la propagation de maladies infectieuses par les voyageurs, sont l'une des plus anciennes exigences imposées aux frontières, bien avant les lois sur l'immigration. Le Règlement sanitaire international⁹², révisé en 2005, rassemble les mesures qui sont coordonnées depuis longtemps à l'échelle internationale pour endiguer la transmission des maladies. Il stipule que ses dispositions ne sauraient porter atteinte aux droits des personnes consacrés par le droit international et précise que, lors de l'application des mesures sanitaires, les voyageurs doivent être traités par les Etats « dans le respect de leur dignité et des droits humains fondamentaux »⁹³.

Examen médical obligatoire pour les migrants

Les approches classiques de la santé dans le contexte migratoire s'intéressent généralement à des maladies précises qui peuvent être associées à l'arrivée de ressortissants étrangers (surtout les maladies transmissibles qui constituent une menace pour la santé publique, telles que la tuberculose)⁹⁴. L'examen médical, la quarantaine et l'isolement liés à l'immigration font partie des mesures prises pour empêcher l'éventuelle introduction de risques pour la santé⁹⁵. Certains pays qui disposent de programmes d'immigration depuis de longue date imposent systématiquement un examen médical aux demandeurs du statut de résident permanent et à certaines autres catégories de migrants, par exemple les étudiants internationaux et les travailleurs étrangers, en vue de déceler diverses maladies ou conditions sanitaires⁹⁶. Ce genre d'examen ou bilan de santé peut avoir lieu avant le départ, à l'arrivée à la frontière ou, en cas de modification du type de visa, dans le pays d'accueil.

La raison la plus couramment invoquée pour justifier ce contrôle systématique et obligatoire des demandeurs de visa est la garantie que le processus migratoire ne met pas en danger la santé de la population d'accueil. Les mesures prises à cette fin visent à enrayer la propagation des maladies infectieuses d'un pays à l'autre. On s'inquiète également du fardeau que la morbidité liée à la migration fait peser sur la population migrante et de son impact éventuel sur les services nationaux de santé et de protection sociale. Dans ce cas, l'attention est portée sur les maladies

⁸⁹ Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 2. L'interdiction a été réaffirmée dans l'Observation générale n° 14 du CESCR. Voir également les résolutions E/CN.4/RES/1997/33, E/CN.4/RES/1999/49 et E/CN.4/RES/2001/51 de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies sur la protection des droits fondamentaux des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou atteintes du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA).

⁹⁰ B. Gushulak, J. Weekers et D.W. MacPherson. « Migrants in a globalized world - health threats, risks, and challenges: An evidence-based framework », *Emerging Health Threats Journal*, publié en ligne le 31 mars 2010.

⁹¹ M. A. Miller, C. Viboud, M. Balinska et L. Simonsen. « The signature feature of influenza pandemics – Implications for policy », *New England Journal of Medicine*, vol. 360, p. 2595 à 2598 ; C. Fraser, C.A. Connelly, S. Cauchemez et al. « Pandemic potential of a novel strain of influenza A(H1N1): Early findings », *Science*, vol. 324, p. 1557 à 1561.

⁹² OMS, *Règlement sanitaire international (2005)*, deuxième édition (entré en vigueur en 2007, ayant force obligatoire pour 194 pays). Son but est de prévenir la propagation internationale des maladies, en évitant de créer des entraves inutiles à la libre circulation des voyageurs. Disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242580419_fre.pdf.

⁹³ *Ibid.*, art. 32.

⁹⁴ H. Blumberg, G. Migliori, O. Ponomarenko et E. Heldal. « Tuberculosis on the move », *The Lancet*, vol. 375, p. 2127 à 2129.

⁹⁵ M. Cetron et P. Simone. « Battling 21st-century scourges with a 14th-century toolbox », *Emerging Infectious Diseases Journal*, vol. 10, n° 11, p. 2053 et 2054, disponible à l'adresse : www.cdc.gov/ncidod/eid/vol10no11/04-0797_12.htm.

⁹⁶ T.A. Arcury et S.A. Quandt. « Delivery of health services to migrant and seasonal farm workers », *Annual Review of Public Health*, vol. 28, p. 345 à 363.

chroniques qui nécessitent un traitement de longue haleine, souvent dans les pays dotés d'un régime public d'assurance maladie. Plusieurs Etats acceptent de prendre en charge les coûts liés à ces besoins ou considérations sanitaires dans le cas des réfugiées et des personnes ayant besoin d'une protection internationale, tandis que d'autres catégories de migrants risquent de se voir refuser l'entrée sur le territoire^{97,98,99,100}.

Certains organes d'experts ont estimé que l'obligation faite aux migrants de subir un examen médical constituait une atteinte aux droits de l'homme¹⁰¹. La justification de cette mesure a également été contestée, vu la complexité et la diversité des flux migratoires contemporains et le fait qu'une maladie peut être à l'état latent, c'est-à-dire présente sans provoquer de symptômes. Les aspects importants de la migration pour la santé publique tiennent à la diversité des populations migrantes elles-mêmes et des déterminants sociaux de la santé des migrants, et vont bien au-delà des processus juridiques et temporels du changement de lieu de résidence¹⁰².

Certaines pratiques (comme celles décrites plus haut) peuvent restreindre les droits humains d'une personne, voire soulever des questions éthiques et morales. Il en va ainsi des tests de grossesse auxquels doivent se soumettre les travailleuses migrantes temporaires, afin d'éviter une naissance pendant la période d'emploi, ou du recours aux tests d'ADN pour déterminer les liens de parenté aux fins d'immigration^{103,104}.

Dans le cas de maladies hautement infectieuses, telles que le syndrome respiratoire aigu sévère, qui menacent immédiatement la santé publique, le contrôle avant le départ est sans doute un moyen efficace de protéger la population¹⁰⁵. Les examens médicaux peuvent aider à répondre aux besoins sanitaires des migrants et des communautés d'accueil – à condition qu'ils soient effectués dans le respect des droits de l'homme et, surtout, qu'ils s'accompagnent de services de santé avant et après l'arrivée et d'interventions dans la communauté.

⁹⁷ OIM, Migration Health Service Medical Manual, édition de 2001 (Genève, 2001).

⁹⁸ United States Center for Disease Control and Prevention (CDC), *Medical examinations of immigrants and refugees*, disponible à l'adresse : www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/exams/medical-examination.html.

⁹⁹ Australian Department of Immigration and Citizenship, *Health Requirements for Visa Applicants*, disponible à l'adresse : www.immi.gov.au/allforms/health-requirements/.

¹⁰⁰ United Kingdom Border Agency, *Health screening for Visa Application*, disponible à l'adresse : www.ukvisas.gov.uk/en/howtoapply/tbscreening/ ; Citoyenneté et Immigration Canada, *Examens médicaux*, disponible à l'adresse : <http://www.cic.gc.ca/francais/information/medicaux/index.asp>.

¹⁰¹ Comité pour la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, Observation générale n° 1 sur les travailleurs domestiques migrants, CMW/C/GC/1, 23 février 2011, par. 22.

¹⁰² H. Hogan, R. Coker *et al.* « Screening of new entrants for tuberculosis: Responses to port notifications », *Journal of Public Health*, vol. 27, p. 192 à 195 ; R. Coker. « Compulsory screening of immigrants for tuberculosis and HIV », *British Medical Journal*, vol. 328, p. 298 à 300 ; B. Gushulak, K. Pottie *et al.* « Migration and health in Canada: Health in the global village », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol 183, n° 12, p. E952-E958.

¹⁰³ J. Taitz, J. Weekers et D. Mosca. « DNA and immigration: The ethical ramifications », *The Lancet*, vol. 359, p. 794.

¹⁰⁴ Human Rights Watch, *Exported and Exposed; Abuses against Sri Lankan Domestic Workers in Saudi Arabia, Kuwait, Lebanon, and the United Arab Emirates* (New York, 2007).

¹⁰⁵ P. Spiro. « The legal challenges SARS poses », *CNN FindLaw*, 29 avril 2003, disponible à l'adresse : <http://edition.cnn.com/2003/LAW/04/29/findlaw.analysis.spiro.sars>.

Recommandation (n° 200) de l'OIT concernant le VIH et le sida (notamment les paragraphes 25, 27 et 28), 2010

« 25. Les travailleurs, y compris les travailleurs migrants, les personnes à la recherche d'un emploi et les candidats à un emploi, ne devraient pas être tenus de se soumettre à un test ou à toute autre forme de dépistage du VIH.

27. Les travailleurs, y compris les travailleurs migrants, les personnes à la recherche d'un emploi et les candidats à un emploi, ne devraient pas être tenus par les pays d'origine, de transit ou de destination de révéler des informations liées au VIH les concernant ou concernant d'autres personnes. L'accès à ce type d'information devrait être régi par des règles de confidentialité compatibles avec le Recueil de directives pratiques du BIT sur la protection des données personnelles des travailleurs, 1997, et autres normes internationales pertinentes sur la protection des données personnelles.

28. Les travailleurs migrants ou les travailleurs désirant migrer pour des raisons d'emploi ne devraient pas être empêchés de le faire par les pays d'origine, de transit ou de destination en raison de leur statut VIH, réel ou supposé. »

Refus d'entrée, de séjour ou de résidence lié au VIH

Certains pays¹⁰⁶ imposent des restrictions particulières à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH ; quelques-uns interdisent même totalement l'entrée aux personnes séropositives, quelle que soit la raison ou la durée de leur séjour. En plus d'être discriminatoires, ces dispositions ne se justifient en rien sur le plan de la santé publique puisque le VIH ne se transmet pas du seul fait de la présence de personnes séropositives ou par simple contact avec elles. En outre, elles risquent de dissuader les personnes concernées de faire appel aux services offerts. Les porteurs du VIH peuvent avoir une vie longue et productive qui contribue à l'économie des pays d'accueil¹⁰⁷.

En 2008, l'ONUSIDA a convoqué la Cellule internationale de réflexion sur les restrictions aux voyages liées au VIH en vue d'appeler l'attention sur les pratiques discriminatoires de restriction d'entrée, de séjour et de résidence, et d'y mettre un terme. La Cellule, formée de représentants des gouvernements, de la société civile, des réseaux de personnes vivant avec le VIH et d'organisations internationales, a vivement engagé les Etats à veiller à assurer l'égalité des droits des personnes vivant avec le VIH à la liberté de mouvement et à la non-discrimination^{108,109}.

Ces deux dernières années, des progrès importants ont été accomplis pour lever les obstacles à la mobilité des personnes séropositives. Les Etats-Unis ont supprimé en janvier 2010 les restrictions d'entrée liées au VIH, annulant ainsi une politique introduite en 1987¹¹⁰. La Chine et la Namibie ont également éliminé des restrictions similaires^{111,112}.

¹⁰⁶ Pour de plus amples informations, voir la liste des pays dressée par ONUSIDA à l'adresse : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/201207_CountryList_TravelRestrictions_fr.pdf.

¹⁰⁷ ONUSIDA et OIM, Statement on HIV/AIDS-related Travel Restrictions (Genève, 2004).

¹⁰⁸ ONUSIDA, Cartographie des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH, ONUSIDA/09.20F / JC1727F, mai 2009 ; ONUSIDA (2009), Quand l'entrée, le séjour et la résidence dans un pays étranger sont refusés à cause du VIH, 3^e édition ; et ONUSIDA (2008), Rapport de la Cellule internationale de réflexion sur les restrictions au voyage liées au VIH : Conclusions et recommandations, ONUSIDA/09.19F / JC1715F.

¹⁰⁹ La base de données mondiale sur les restrictions au voyage liées au VIH est une initiative de la Fédération allemande de lutte contre le sida (DAH), en collaboration avec l'European AIDS Treatment Group et l'International AIDS Society. Pour plus de détails sur la base de données, voir le site : www.hivtravel.org.

¹¹⁰ Human Rights Watch, *US: Obama Announces End to HIV Travel Ban*, 30 octobre 2009, disponible à l'adresse : www.hrw.org/news/2009/10/30/us-obama-announces-end-hiv-travel-ban.

¹¹¹ OMS, L'OMS félicite la Chine d'avoir levé les restrictions à l'entrée et au déplacement sur son territoire visant les porteurs du VIH, Centre des médias, 27 avril 2010, disponible à l'adresse : http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/hiv_20100427/fr/index.html

¹¹² ONUSIDA, *La Namibie lève les restrictions aux voyages qu'elle imposait aux personnes vivant avec le VIH*, communiqué de presse émis le 8 juillet 2010, disponible à l'adresse : <http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2010/july/20100708prnamibia/>.

Le Secrétaire général des Nations Unies appelle à cesser la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH/sida

« Il est scandaleux qu'il y ait encore, 60 années après l'adoption [de la Déclaration universelle des droits de l'homme], des pratiques discriminatoires à l'encontre des personnes [...] qui vivent avec le VIH/sida. Cette attitude non seulement fait du sida une maladie clandestine qui peut se répandre à notre insu, mais elle fait aussi, ce qui n'est pas moins important, injure à cette humanité que nous avons en partage. [...] j'appelle à modifier les lois qui consacrent l'opprobre et la discrimination, y compris les restrictions imposées aux déplacements des personnes vivant avec le VIH/sida. »

(Ban Ki-Moon, Secrétaire général des Nations Unies, Réunion de haut niveau sur le VIH/sida, juin 2008)

La Cour européenne des droits de l'homme déclare discriminatoires les restrictions au voyage des personnes séropositives

La Cour européenne des droits de l'homme a estimé, dans l'arrêt historique rendu en 2011 dans l'affaire *Kiyutin c. Russie*, que le refus de délivrer un permis de séjour à un non-national au seul motif de sa séropositivité constituait une discrimination illicite. C'était la première fois que la Cour de Strasbourg faisait expressément droit à la protection des personnes atteintes du VIH en vertu de l'article 14 (Interdiction de discrimination) de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. C'était aussi la première fois qu'un tribunal international ou régional chargé des droits de l'homme condamnait des restrictions d'entrée et de résidence liées au VIH en les déclarant intrinsèquement discriminatoires et, par conséquent, illicites.

(Affaire Kiyutin c. Russie, n° 2700/10, arrêt du 10 mars 2011)

3.2 Pendant le voyage et en transit

Le voyage lui-même influe directement sur la santé de nombreux migrants. Cette phase comporte des risques sanitaires particulièrement grands pour les migrants en situation irrégulière, les réfugiés et les personnes déplacées. Les contraintes physiques et les risques environnementaux, la faim, l'impossibilité de recevoir des services de base et l'exposition à la violence (y compris les violences sexuelles) et à des événements traumatisants accompagnent souvent les migrants, d'autant que le voyage peut être long avant de parvenir en lieu sûr. De fait, cette phase du processus migratoire est associée à un risque élevé de décès et de morbidité aux frontières terrestres et maritimes¹¹³. Le sort des plus exposés – femmes, enfants, victimes de la traite, pauvres – est particulièrement incertain^{114,115}.

¹¹³ Human Rights Watch (2009), *Hostile Shores: Abuse and Refoulement of Asylum Seekers and Refugees in Yemen*, New York ; OIM (2008), *Migration irrégulière d'Afrique Occidentale en Afrique du Nord et en Union européenne : Une vue d'ensemble des tendances générales*, série Migration Research n° 32 ; Médecins Sans Frontières (2009), *No Refuge, Access Denied: Medical and Humanitarian Needs of Zimbabweans in South Africa*.

¹¹⁴ A. Tsutsumi, T. Izutsu, A.K. Poudyal *et al.* « Mental health of female survivors of human trafficking in Nepal », *Social Science & Medicine*, vol. 66, p. 1841 à 1847.

¹¹⁵ Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises, *Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings* (Washington, D.C., 2010), disponible à l'adresse : www.iawg.net/IAFM%202010.pdf.

Risques sanitaires pendant le voyage

« Une jeune fille de 16 ans est passée du Zimbabwe en Afrique du Sud, accompagnée de ses deux tantes et de quatre hommes. Lorsque le groupe est arrivé dans une ferme, à une trentaine de kilomètres au sud de Musina, ils ont dormi dans le bush. A l'aube, ils ont été attaqués par des bandes violentes appelées guma-gumas. La jeune fille s'est enfuie en courant, mais elle a trébuché. L'un des guma-gumas l'a rattrapée, lui a pris son argent, puis l'a violée sauvagement, meurtrissant ses organes génitaux. Elle a aussi contracté une maladie sexuellement transmissible. Elle ne peut plus se tenir droite quand elle est assise et marche avec énormément de difficulté. Il se peut qu'elle soit tombée enceinte lors du viol car elle n'a pas eu ses dernières règles. La jeune fille a dit qu'elle avait peur d'être expulsée si elle allait à l'hôpital. »

(Hjalmarsson S. (2009), *infirmière et coordinatrice de projet pour MSF à Musina, Afrique du Sud, Médecins Sans Frontières, No Refuge, Access Denied: Medical and Humanitarian Needs of Zimbabweans in South Africa*)

Détention administrative

La détention désigne la restriction, par les autorités d'un pays, de la liberté de mouvement d'une personne, habituellement par une mesure d'internement forcé. Il existe deux types de détention : la détention pénale, pour punir un délit, et la détention administrative, qui vise à garantir qu'une autre mesure administrative (l'éloignement, par exemple) pourra être prise. Dans de nombreux pays, les migrants sont assujettis à la détention administrative, y compris ceux qui attendent une décision concernant leur admission, leur éloignement ou leur demande d'asile¹¹⁶.

Il arrive que les droits des migrants à la nourriture et à la santé ne soient pas respectés pendant leur détention. Selon le Haut-Commissaire aux droits de l'homme et ancien Rapporteur spécial sur les droits humains des migrants, Gabriela Rodríguez Pizarro, ces personnes doivent recevoir une nourriture suffisante et acceptable sur le plan culturel¹¹⁷.

Une corrélation est établie entre la détention de demandeurs d'asile pendant une longue période et des problèmes de santé mentale¹¹⁸. Le Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants a noté que la santé physique et mentale des migrants détenus est souvent négligée. « Il se peut que les médecins et les infirmières ne soient pas toujours disponibles et qu'ils n'aient pas le pouvoir de traiter correctement leurs patients, notamment lorsque ceux-ci devraient être hospitalisés. Par ailleurs, les soins de santé génésique des femmes, en particulier des femmes enceintes, ne peuvent pas être assurés dans tous les lieux de détention. Des conditions de détention ne répondant pas aux normes pourraient être assimilées à un traitement inhumain ou dégradant et accroître le risque de violation supplémentaire des droits économiques, sociaux et culturels, notamment le droit à la santé, à l'alimentation, à l'eau potable et à l'assainissement »¹¹⁹.

¹¹⁶ Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover, 3 juin 2010, A/HRC/14/20/Add.4, par. 82 à 99, disponible à l'adresse : www.ilpa.org.uk/data/resources/14148/12.01.30-ILPA-to-UN-Special_Rapporteur_Human_rights_migrants-detention.pdf.

¹¹⁷ E/2010/89, par. 44 et E/CN.4/2003/8, par. 53.

¹¹⁸ K. Robjant et R. Hassan. « Mental health implications of detaining asylum seekers: a systematic review », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 194, p. 306 à 312.

¹¹⁹ Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants, François Crépeau, 2 avril 2012, A/HRC/20/24, par. 25 et 26.

Conséquences de la détention pour la santé des migrants

Partout en Europe, beaucoup d'enfants et de jeunes adultes placés dans des centres de détention ou d'accueil se suicident, et un nombre encore plus grand encore s'infligent des blessures. Le manque d'intérêt pour leurs besoins physiques et mentaux a été cité parmi les facteurs qui contribuent à ces tragédies.

(European Race Audit (2010), Accelerated removals: A Study of the Human Cost of EU Deportation Policies)

En outre, certains pays placent en détention et expulsent les migrants séropositifs et les migrantes enceintes, ce qui soulève bien des questions sur le plan de la santé et des droits de l'homme^{120,121}.

Vu le risque élevé d'atteintes aux droits de l'homme pendant la détention, les mécanismes internationaux relatifs aux droits de l'homme encouragent les Etats à ne recourir qu'en dernier ressort à la détention des migrants et à envisager au préalable des mesures non carcérales. Le Groupe de travail des Nations Unies sur la détention arbitraire a exprimé certaines inquiétudes à propos de la détention d'immigrants :

« Le Groupe de travail considère [...] que la détention pour infraction à la législation sur l'immigration devrait être progressivement abolie. Les migrants en situation irrégulière n'ont commis aucun crime. La criminalisation de ce type de migration va au-delà des intérêts légitimes des Etats de protéger leur territoire et de réguler les flux migratoires clandestins.

S'il doit y avoir rétention administrative, le principe de proportionnalité impose de n'y avoir recours qu'en dernier ressort. Des limites légales strictes doivent être observées et des garanties judiciaires prévues. [...]

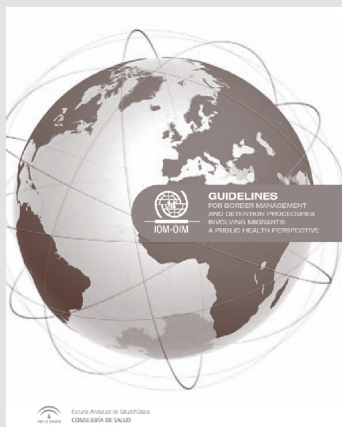
Au cours de ses visites dans les pays, le Groupe de travail a parfois été témoin de conditions de détention inacceptables dans des structures surpeuplées nuisibles à la santé, y compris mentale, des migrants clandestins, des demandeurs d'asile et des réfugiés et augmentant le risque de tout un éventail d'autres violations des droits de l'homme, c'est-à-dire des droits économiques, sociaux et culturels »¹²².

¹²⁰ H. Venters, J. McNeely et A. Keller. « HIV screening and care for immigration detainees », *Health and Human Rights*, vol. 11, n° 2, p. 89 à 100.

¹²¹ ONUSIDA, *Quand l'entrée, le séjour et la résidence dans un pays étranger sont refusés à cause du VIH*. Les Règles des Nations Unies concernant le traitement des femmes détenues et les mesures non privatives de liberté pour les femmes délinquantes (Règles de Bangkok), qui viennent compléter l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus, rappellent qu'il convient de prendre en compte les besoins particuliers des femmes. Ainsi, les locaux hébergeant les détenues doivent comporter les installations et les fournitures nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques des femmes en matière d'hygiène ; l'examen médical doit, entre autres, faire apparaître les besoins en matière de soins de santé mentale, et notamment les troubles de stress post-traumatique et les risques de suicide ou d'automutilation, les antécédents en matière de santé de la reproduction, notamment une grossesse en cours ou une grossesse ou un accouchement récents et toute autre question liée à la santé de la reproduction, et les violences sexuelles et autres formes de violence qui ont pu être subies avant l'admission.

¹²² Nations Unies, Conseil des droits de l'homme, *Rapport du Groupe de travail sur la détention arbitraire*, M. El Hadji Malick Sow, A/HRC/13/30, 18 janvier 2010, par. 58 à 65.

Gérer les frontières et la santé publique dans le respect des droits des migrants



Entre 2007 et 2010, l'OIM Bruxelles a administré un projet intitulé « Santé publique le long de la nouvelle frontière orientale de l'Europe » (PHBLM), qui visait à réduire les risques de santé publique, à renforcer les capacités du personnel chargé de la gestion des frontières et de la santé publique, et à faciliter l'accès aux soins des migrants en tant que droit fondamental.

Des lignes directrices relatives à la santé des migrants en détention ont été élaborées dans le cadre du projet, à l'intention essentiellement des agents des douanes et des professionnels de la santé. Elles formulent des recommandations précises sur la façon :

- D'améliorer les conditions de vie des migrants détenus qui peuvent avoir une incidence sur leur santé physique et mentale ;
- De résoudre les problèmes de santé au travail auxquels sont confrontés les agents des douanes et de l'immigration travaillant dans des centres de détention d'immigrants ;
- D'améliorer l'accès des migrants détenus aux soins de santé.

(OIM et Escuela Andaluza de Salud Pública (2010), Guidelines for Border Management and Detention Procedures involving Migrants: A Public Health Perspective)

3.3 Dans la communauté d'accueil

Le degré de vulnérabilité des migrants dans la communauté d'accueil dépend d'un large éventail de facteurs, allant du statut juridique aux conditions générales de vie et de travail, qui conditionnent également l'accès des migrants aux services de santé. La diversité croissante des cultures et des ethnies au sein d'une même société met à rude épreuve la capacité des systèmes de santé à fournir des services abordables, accessibles et sensibles aux besoins des migrants¹²³. Les gouvernements et les soignants ont un rôle crucial à jouer pour que le personnel de santé publique acquière les compétences voulues pour améliorer la santé de tous¹²⁴.

Santé et sécurité au travail

De nombreux migrants travaillent dans des secteurs dangereux où les risques sont élevés, tels que l'exploitation minière, l'agriculture et la construction. Les emplois qu'ils occupent comportent généralement de longues heures d'un travail pénible et fatiguant, ce qui peut augmenter les risques d'accidents¹²⁵.

Des études ont établi que les taux d'accidents du travail sont plus élevés parmi les travailleurs migrants que parmi les nationaux. En 2009, le Bureau de l'emploi étranger de Sri Lanka a reçu 12 061 plaintes de migrants employés à l'étranger, dont 2 594 (17 %) concernaient « une maladie et un surmenage » ; le décès de 333 travailleurs migrants sri-lankais a été rapporté la même année¹²⁶. Une autre étude, conduite en Autriche, a révélé que 30 % environ des travailleurs migrants étaient fortement exposés au risque d'accidents et de blessures au travail, contre

¹²³ Pour de plus amples informations, voir l'évaluation des systèmes de santé et du droit à la santé dans 194 pays qui a été réalisée en 2008 et publiée dans *The Lancet*, disponible à l'adresse www.who.int/medicines/areas/human_rights/Health_System_HR_194_countries.pdf.

¹²⁴ D. McDaid, S. Merkur, P. Mladovsky, L. Kossarova et A. Sato. « Migration and health: a dynamic challenge for Europe », *Eurohealth*, vol. 16, n° 1, p. i.

¹²⁵ M. Flyvholm. « Results from a Danish intervention project on immigrants in the cleaning trade », *Barents Newsletter on Occupational Health and Safety*, vol. 14, n° 2, p. 46 et 47 (Helsinki, 2011), disponible à l'adresse : www.ttl.fi/en/publications/electronic_journals/barents_newsletter/Documents/BarentsNewsletter2_2011.pdf.

¹²⁶ Sri Lanka Bureau of Foreign Employment, *Annual Statistical Report of Foreign Employment* (Colombo, 2009).

seulement 13 % des nationaux¹²⁷. Au Danemark, les données du Conseil national des accidents industriels montrent que, parmi les cas signalés d'affections du système ostéoarticulaire et des muscles, les immigrants sont proportionnellement plus nombreux que le reste de la population danoise. Ces écarts s'expliquent dans une large mesure par le fait qu'ils exercent généralement des emplois qui comportent un risque élevé d'accidents et de maladies. Il est apparu que la méconnaissance du danois constituait le plus gros problème de santé et de sécurité au travail dans le secteur du nettoyage¹²⁸.

Il est courant que les migrants, surtout s'ils sont en situation irrégulière, acceptent des conditions de travail dangereuses par crainte d'attirer l'attention et d'être licenciés ou expulsés. De plus, les travailleurs migrants ont rarement le droit de se syndiquer, obstacle supplémentaire à la prise en considération de leur santé et sécurité au travail.

Risques pour la santé des travailleurs migrants aux Etats-Unis

« Les risques professionnels constituent un autre problème majeur, qui touche de manière disproportionnée le secteur de l'immigration sur le territoire américain. [...] Les accidents du travail sont l'un des plus gros problèmes parmi les immigrants, parce qu'ils occupent des emplois dangereux dont personne d'autre ne veut et parce qu'ils ne sont pas protégés par une assurance, puisque les employeurs n'en proposent pas. »

(Xochitl Castañeda, Directrice, University of California's Health Initiative of the Americas program - Bi-national Health Week, octobre 2010)

Apprendre aux travailleurs migrants à préserver leur santé et leur sécurité dans le secteur du nettoyage au Danemark

Au Danemark, le Centre national de recherche sur l'environnement de travail a réalisé un projet triennal (2007-2010) consistant à élaborer et mettre en œuvre des méthodes et des outils permettant d'expliquer les dangers aux immigrants qui, employés dans le secteur du nettoyage, peuvent avoir du mal à maîtriser les techniques de travail sans risque pour la santé et la sécurité. Les interventions réalisées reposaient sur les connaissances théoriques et pratiques acquises lors d'études sur le terrain, au cours desquelles deux anthropologues ont observé les participants et mené des entretiens semi-directifs avec les préposés immigrants. Les responsables dans le secteur du nettoyage signalent des difficultés de communication, surtout lorsqu'il s'agit de donner des instructions aux immigrants.

(Flyvholm M. (2011), « Results from a Danish intervention project on immigrants in the cleaning trade », Barents Newsletter on Occupational Health and safety, vol. 14, p. 46 et 47, disponible à l'adresse : www.arbejdsmiljoforskning.dk/en/nyheder/arkiv/2007/new-research-project-less-attrition-among-immigrants-in-the-cleaning-trade)

Outre les risques professionnels, l'exploitation sexuelle sur le lieu de travail est signalée par de nombreux travailleurs migrants après leur retour au pays¹²⁹. Il est rare que l'on s'attaque au harcèlement sexuel dans le pays d'accueil. Les femmes craignent des représailles, surtout si leur revenu et celui des personnes à leur charge est menacé. Les travailleuses victimes de harcèlement sexuel ont peu de voies de recours, en raison du déséquilibre des forces en présence ou d'un manque de moyens financiers¹³⁰.

¹²⁷ Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound), *Employment and Working Conditions of Migrant Workers* (Dublin, 2007).

¹²⁸ M. Flyvholm 2011, op. cit. « Results from a Danish intervention project on immigrants in the cleaning trade », *Barents Newsletter on Occupational Health and Safety*, vol. 14, n° 2, p. 46 et 47.

¹²⁹ Human Rights Watch, *World Report 2010*, p. 346 (New York, 2010).

¹³⁰ K. Embrey. *Coming up on the season: Migrant farmworkers in the Northeast*, Resources for Teachers Grade, Cornell Migrant Program, disponible à l'adresse : www.migranthealth.org/index.php?option=com_content&view=article&id=38&Itemid=30.

Harcèlement sexuel des employées de maison

La question du harcèlement sexuel et des abus que subissent les travailleuses domestiques migrantes a été soulevée par l'ancien Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants, Jorge Bustamante. Il note, dans son rapport de 2010, que « les migrantes employées de maison comptent parmi les groupes de travailleurs migrants les plus vulnérables. Il apparaît qu'elles sont nombreuses à faire l'objet de violences physiques, sexuelles et psychologiques, qu'elles sont souvent exposées à des dangers pour leur santé et leur sécurité, et qu'elles ne bénéficient pas des informations appropriées en matière de risques et de précautions. De plus, l'absence de mécanismes juridiques nationaux reconnaissant ou protégeant leurs droits aggrave leur vulnérabilité. En conséquence, elles sont souvent exclues des systèmes d'assurance-maladie et autres protections importantes dans le domaine social et professionnel ». La vulnérabilité des travailleurs domestiques migrants a également été mise en évidence par le Comité pour la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, dans son Observation générale n° 1 sur les travailleurs domestiques migrants^{131,132}.

(Voir le Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants, Jorge Bustamante, A/HRC/14/30, 16 avril 2010, par. 30)

Ignorance des droits et des services

Même lorsque la législation nationale garantit l'accès aux services de santé, l'ignorance des migrants et des professionnels de la santé à ce sujet entrave parfois le recours aux services offerts et, par conséquent, la réalisation du droit à la santé. Dans de nombreux pays, une éducation sanitaire insuffisante et le manque d'informations sur les services disponibles sont deux raisons majeures pour lesquelles les migrants ne recourent pas pleinement aux services de prévention et de traitement.

Les études réalisées dans plusieurs pays d'Europe de l'Ouest montrent que le taux de mortalité et de morbidité maternelle et de mortalité infantile est plus élevé au sein de la population migrante que dans la communauté d'accueil¹³³. L'une des explications est que les migrants, faute d'information, ne recourent pas aux services auxquels ils ont droit, tels que les soins prénatals et postnatals ou la contraception. Au Portugal, où les services de santé primaires sont offerts à tous, une étude de l'état de santé et de la situation sociale des nouveaux-nés a été menée dans deux communautés comptant une forte population de migrants. Elle a mis en lumière des taux de morbidité supérieurs chez les mères comme chez les enfants, ainsi qu'une plus grande fréquentation des urgences. Ces constatations donnent à penser qu'il faut aller vers les populations migrantes et leur expliquer quels sont les services disponibles et comment les utiliser¹³⁴.

¹³¹ Comité pour la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, Observation générale n° 1 sur les travailleurs domestiques migrants, CMW/C/GC/1, 23 février 2011, par. 1.

¹³² Rapport de la Fédération internationale des ligues des droits de l'homme au CEDAW sur la situation des travailleurs domestiques migrants à Bahreïn, disponible à l'adresse : www.fidh.org/IMG/pdf/bchr Bahrain42.pdf ; rapport du Migrant Forum in Asia au CEDAW sur la situation des travailleuses migrantes aux Emirats arabes unis, disponible à l'adresse : www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/MigrantForumAsia_UAE_45.pdf.

¹³³ M. Ackerhans et F. Staugard (responsables de la publication). *Health issues of minority women living in Europe*, rapport d'une réunion tenue à Göteborg, Suède, les 11 et 12 novembre 1999 (Bruxelles, Commission européenne, 2000).

¹³⁴ Machado M. *et al.* « Equal or different? Provision of maternal and child health care to an immigrant population », *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society*, Lisbonne, Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge, 2009.

Obstacles juridiques à l'accès aux services de santé

Le statut juridique est l'un des éléments qui conditionnent le plus l'accès des migrants aux services de santé dans un pays. Les lois et les politiques qui empêchent les migrants de recevoir des services sociaux, y compris les services de santé, reposent généralement sur l'idée qu'il serait coûteux pour les contribuables d'assumer le fardeau de services de santé pour tous, y compris les migrants irréguliers. On fait aussi valoir que l'exclusion de ce groupe particulier a un effet dissuasif sur les flux irréguliers, même si aucune donnée ne vient le confirmer. Toujours est-il que, ces dernières années, un certain nombre de pays ont continué d'appliquer ce raisonnement mal inspiré, interdisant même aux migrants réguliers l'accès aux prestations sociales, y compris les services de santé publique.

Le droit des droits de l'homme impose aux Etats de promouvoir et d'assurer la santé de toute personne présente sur leur territoire. Concrètement, toutefois, l'accès des migrants en situation irrégulière aux services de santé demeure limité dans de nombreux pays¹³⁵. Ils ont parfois droit à un traitement d'urgence mais, dans plusieurs pays, ces soins sont dispensés à leurs frais, si bien qu'ils ne tendent guère à se faire soigner ou attendent d'être gravement malades¹³⁶. Comme souligné précédemment, dispenser uniquement des soins d'urgence n'est justifié ni du point de vue des droits de l'homme, ni sous l'angle de la santé publique.

Des études ont révélé que les migrants, surtout ceux qui sont en situation irrégulière, tentent parfois de se soigner par l'automédication ou en s'adressant à des non-professionnels de leur communauté qui dispensent des soins d'une qualité inférieure aux normes¹³⁷.

¹³⁵ En 2010, Médecins du Monde et le réseau HUMA (Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers) ont lancé une déclaration pour un accès aux soins sans discrimination en Europe. Le document a été signé par plus de 140 organisations, dont sept organismes européens de la santé. On peut consulter leurs demandes sur le site : www.huma-network.org/Activities-of-the-network/European-declaration.

¹³⁶ PICUM (2007), *Accès à la santé pour les sans-papiers en Europe* (2007), disponible à l'adresse : <http://picum.org/picum.org/uploads/publication/Acces%20aux%20soins%20de%20sante%20pour%20les%20migrants%20sans%20papiers%20en%20Europe%20FR.pdf>.

¹³⁷ Barimah K. et van Teijlingen E. (2008). « The use of traditional medicine by Ghanaians in Canada », *BMC Complementary and Alternative Medicine*, vol. 8.

Recommandations du Parlement européen pour des mesures propres à réduire les inégalités dans le domaine de la santé

En 2008, le Parlement européen a formulé à l'intention des Etats membres de l'UE des recommandations concrètes en vue de s'attaquer aux inégalités omniprésentes dans le domaine de la santé et de répondre aux besoins sanitaires des groupes les plus vulnérables, dont les migrants en situation irrégulière. Il a notamment invité :

- « [...] la Commission européenne et les Etats membres à poursuivre leurs efforts pour résoudre les inégalités socio-économiques, qui permettraient à terme de réduire une partie des inégalités en matière de soins de santé; invite également la Commission et les Etats membres, sur la base des valeurs universelles de la dignité humaine, de la liberté, de l'égalité et de la solidarité, à *focaliser leur attention sur les besoins des groupes vulnérables, notamment les groupes défavorisés de migrants et les personnes appartenant à des minorités ethniques* [...];
- [...] les Etats membres à *veiller à ce que les groupes les plus vulnérables, notamment les migrants sans papiers, puissent bénéficier – et bénéficient réellement – d'un accès équitable aux soins de santé*; appelle les Etats membres à avoir une réflexion sur la viabilité des financements publics en matière de soins apportés aux populations migrantes en situation irrégulière, en définissant par référence à des principes communs une offre de soins de base, comme le prévoit leur législation nationale;
- [...] les Etats membres à *s'interroger sur les besoins spécifiques de protection de la santé des femmes migrantes, en mettant plus particulièrement l'accent sur la garantie de l'offre, par les structures sanitaires, des services de médiation linguistique nécessaires*; estime que, dans ces structures, des initiatives doivent être entreprises en matière de formation, visant à inculquer aux médecins et aux autres intervenants une approche interculturelle, basée sur la reconnaissance et le respect de la diversité et de la sensibilité des personnes, et tenant compte de la zone géographique dont elles proviennent; estime en outre qu'il convient de donner la priorité aux mesures et aux campagnes d'information contre le recours à des pratiques de mutilation génitale féminine, prévoyant des mesures fortement répressives à l'égard de ceux qui les effectuent ».

(Résolution du Parlement européen du 8 mars 2011 sur la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne, 2010/2089(INI), par. 4 à 6) (italiques ajoutés)

Recommandation du Conseil de l'Europe sur la mobilité, les migrations et l'accès aux soins de santé

En novembre 2011, le Comité d'experts du Conseil de l'Europe a adopté la recommandation CM/Rec (2011)13 sur la mobilité, les migrations et l'accès aux soins de santé.

Il recommande aux gouvernements des Etats membres, en tenant dûment compte de leurs structures nationales, régionales ou locales spécifiques et de leurs responsabilités respectives, et en partenariat avec toutes les autres organisations pertinentes qui s'occupent d'améliorer, de maintenir et de restaurer la santé :

- « i. en accord avec la législation nationale sur la collecte et l'utilisation de données personnelles, de collecter des informations sur les caractéristiques démographiques, sociales, éducatives et financières des migrants, et sur leur situation juridique dans le pays d'accueil ;
- ii. de surveiller systématiquement l'état de santé des migrants et de déterminer les causes des disparités ;
- iii. d'examiner toutes les politiques et les pratiques touchant les conditions de vie et de travail des migrants en vue de minimiser les risques pesant sur leur santé ;
- iv. d'accorder aux migrants – eu égard à l'organisation, aux principes généraux et à la capacité financière du système de sécurité sociale de l'Etat membre concerné – le droit d'utiliser les services de santé et de faire en sorte que leurs droits soient connus et respectés ;
- v. de faire mieux connaître, parmi les migrants, les questions relatives à la santé et au système de santé, et de prendre les mesures qui s'imposent pour améliorer l'accès aux services de santé ;
- vi. de surmonter les barrières linguistiques par des mesures appropriées, incluant des services d'interprétation et, le cas échéant, l'accès à des supports d'information traduits ;
- vii. de mieux adapter les prestations de santé aux besoins, à la culture et à la situation sociale des migrants ;
- viii. d'améliorer l'intégration des soins de santé aux autres services sociaux destinés aux migrants ;
- ix. de promouvoir des programmes de formation et d'éducation adaptés ;
- x. de stimuler une recherche de haut niveau sur tous les aspects des services de santé destinés aux migrants ;
- xi. d'harmoniser les efforts visant à promouvoir la santé des migrants au niveau européen ;
- xii. de favoriser des relations plus étroites entre les migrants et les services de santé, en impliquant les migrants dans toutes les activités ayant trait à leur santé ;
- xiii. d'encourager la diffusion la plus large possible de la recommandation et de son exposé des motifs, accompagnés d'une traduction s'il y a lieu ;
- xiv. de prendre les mesures nécessaires pour mettre en œuvre les lignes directrices annexées à la présente recommandation, en collaboration avec les professionnels de santé, les organisations professionnelles et tous les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux concernés par la santé des migrants. »

(Recomendación CM/Rec(2011)13 del Comité de Ministros sobre movilidad, migración y acceso a atención de salud dirigida a los Estados Miembros. La recomendación fue adoptada por el Comité de Ministros el 16 de noviembre de 2011 en la 1126ª reunión de los Delegados de Ministros. Disponible en: <http://bit.ly/rKs2YD>).

Les services de soins primaires servent trop rarement de point d'entrée dans le système de santé du pays de destination, en particulier pour les migrants en situation irrégulière. Ceux-ci, mais aussi les migrants réguliers, sont plutôt orientés vers des ONG ou des fournisseurs privés, ce qui aboutit à la création de systèmes de santé « parallèles ». A titre d'exemples, citons le Centre des migrants de Caritas Liban, qui offre gratuitement aux groupes vulnérables une assurance et des soins dans des cliniques mobiles¹³⁸ ou, en Afrique du Sud, Médecins Sans Frontières, qui dispense aux migrants zimbabwéens des services de santé primaires dans la ville frontalière de Musina et à Johannesburg, où résident beaucoup de migrants, y compris irréguliers¹³⁹. Si les migrants préfèrent s'adresser à des organisations qui ont leur confiance, cette pratique ne garantit pas toujours la continuité et la qualité des soins, impose un lourd fardeau aux ONG, et permet parfois aux organismes publics de se dérober à leurs obligations juridiques.

Si les migrants en situation irrégulière – et les membres de leur famille, quel que soit leur statut – hésitent à se faire soigner, c'est parce qu'ils craignent que le personnel soignant ne soit en relation avec les services de l'immigration¹⁴⁰. Si de tels liens existent, ils contreviennent à l'obligation qu'ont les professionnels de la santé de protéger le droit à la vie privée des personnes qui les consultent. Ils portent également atteinte à la déontologie médicale et à l'engagement fondamental de dispenser aux patients les meilleurs soins possibles. Les lois de certains pays interdisent le signalement, afin de prévenir ce genre de situation. L'article 35.5 de la Loi italienne unifiée sur les règles d'immigration et le statut des étrangers, par exemple, dispose que « l'accès aux infrastructures sanitaires par des étrangers qui ne sont pas en règle avec les lois sur la résidence ne peut donner lieu à aucun type de signalement aux autorités, sauf dans les cas où un tel signalement est obligatoire, comme il l'est pour les ressortissants italiens »¹⁴¹.

Soins médicaux pour les migrants dépourvus de documents en Corée

En mars 2012, le Gouvernement métropolitain de Séoul (Corée) a annoncé qu'il fournirait une assistance médicale aux travailleurs migrants dépourvus de documents qui sont présents à Séoul et n'ont droit ni à la sécurité sociale ni à l'assurance maladie. Cette assistance devrait normalement couvrir le coût des interventions chirurgicales, les frais d'hospitalisation (jusqu'à un certain montant), les services d'interprétation et les soins infirmiers pendant un mois maximum, selon l'état de santé du patient. Des services infirmiers devraient être fournis dans plusieurs langues autres que le coréen, dont le chinois, le thaï et le mongol. Par cette mesure, le Gouvernement reconnaît que les travailleurs migrants dépourvus de documents contribuent à l'économie du pays et que, de ce fait, ils doivent bénéficier de prestations de santé, indépendamment de leur statut juridique.

(Lee Woo-Young, « Medical support set for undocumented migrants », The Korea Herald, 7 mars 2012, disponible à l'adresse : www.koreaherald.com/national/Detail.jsp?newsMLId=20120307001296)

Barrières linguistiques à l'accès aux services de santé

Les barrières linguistiques entravent l'accès aux soins et aux services de prévention, le respect du traitement et le suivi médical en temps voulu. Une mauvaise interprétation, par exemple quand un patient décrit ses symptômes, ou une traduction erronée peuvent se solder par un retard de

¹³⁸ OIT, Luckanachai N. et Rieger M. (2010). *A Review of International Migration Policies*, Programme d'étude de la migration mondiale, Institut des Hautes Etudes Internationales et du Développement, Genève.

¹³⁹ Médecins Sans Frontières, *No Refuge, Access Denied: Medical and Humanitarian Needs of Zimbabweans in South Africa*, p. 12.

¹⁴⁰ Wolff H. et Epiney M. (2008). « Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention », *BMC Public Health*, vol. 8, p. 93.

¹⁴¹ Voir l'article 35 du décret législatif n° 286 du 25 juillet 1998 (Decreto Legislativo n. 286, 25 Luglio 1998, Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, *Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998 – Supplemento Ordinario n. 139*).

soins, une erreur médicale, voire un décès. Du point de vue des droits de l'homme, une bonne communication et, si nécessaire, le recours à des interprètes professionnels sont indispensables quand il s'agit d'obtenir le consentement du patient en cas d'intervention et de traitement, et pour garantir le caractère privé et confidentiel des informations touchant à la santé¹⁴².

La Déclaration de Bratislava, adoptée en 2007 à la huitième Conférence des Ministres européens de la santé qui avait pour thème « Déplacements à l'échelle internationale : droits de l'homme et défis pour les systèmes de santé », recommande expressément d'éliminer les barrières linguistiques qui restreignent l'accès des migrants aux services de santé.

Il ressort du rapport de la Commission européenne intitulé « Quality and fairness of access to health services » que la langue constitue un obstacle de taille aux échanges entre les migrants et les soignants¹⁴³. Une étude des services de santé dispensés à Oslo, par exemple, montre que les professionnels du secteur ont tendance à choisir la solution la plus simple pour communiquer avec leurs patients, c'est-à-dire qu'ils demandent aux parents et amis des patients de servir d'interprètes, même si ces derniers ne parlent pas couramment norvégien¹⁴⁴.

Suppression des subventions aux services d'interprétation et de traduction dans le système néerlandais de santé

En 2011, les Pays-Bas ont supprimé les subventions accordées pour assurer des services d'interprétation et de traduction dans le domaine des soins de santé, contre l'avis des professionnels du secteur, des organisations intergouvernementales et des ONG, qui avaient déconseillé au Gouvernement néerlandais d'abolir ces services, faisant valoir que cette décision réduirait l'accès à des soins adéquats et augmenterait, par conséquent, les risques pour la santé humaine, et plus particulièrement pour celle des migrants. Ils ont soutenu que la suppression des subventions aux services d'interprétation et de traduction affecterait en premier lieu les migrants pauvres, notamment les nouveaux venus qui ne sont pas encore bien intégrés, ne parlent pas la langue et connaissent mal le système de santé néerlandais. Ils ont également souligné qu'une mauvaise communication pouvait être à l'origine d'erreurs de diagnostic, de consultations inefficaces, d'examen inutiles et de traitements inadaptés. De plus, les migrants qui ne parlent pas le néerlandais repoussent le plus possible la consultation d'un médecin, ce qui peut être préjudiciable à la santé de la personne et de la population en général.

(Pour de plus amples informations, voir le site : http://mighealth.net/nl/index.php/Decision_of_Dutch_Ministry_of_Health_to_abolish_subsidies_for_translation_and_interpretation)

Barrières culturelles à l'accès aux services de santé

Pour offrir des soins de santé culturellement éclairés, ou respectueux des différences culturelles, le personnel soignant doit être conscient de son propre contexte culturel, des préjugés et des normes professionnelles qui relèvent de sa culture, et faire appel à ses connaissances et à ses qualités relationnelles quand il s'occupe des patients issus d'un milieu culturel différent. Dans le contexte migratoire, cette sensibilité exige de bien connaître les aspects sanitaires, sociaux,

¹⁴² Flores, G. (2005). « The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review », *Medical Care Research and Review*, vol. 62, n° 3, p. 255 à 299 ; US Department of Health and Human Services Office of Minority Health (2000), *Assuring Cultural Competence in health Care: Recommendations for National Standards*, disponible à l'adresse : http://minorityhealth.hhs.gov/Assets/pdf/checked/Assuring_Cultural_Competence_in_Health_Care-1999.pdf.

¹⁴³ Huber, M., Stanicole A., Bremner J. et Wahlbeck K (2008). *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*, Direction générale Emploi, Affaires sociales et Egalité des chances de la Commission européenne, Luxembourg.

¹⁴⁴ Direction norvégienne de la santé (2009), *Migration and Health: Challenges and Trends*, Oslo ; Lewis G. (responsable de la publication), *The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH) (2007), Saving Mothers' Lives: Reviewing Maternal Deaths to Make Motherhood Safer 2003-2005, The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*, Londres.

culturels, religieux et sexospécifiques de l'expérience des migrants¹⁴⁵. Du point de vue des droits de l'homme, le respect des différences culturelles correspond directement à l'élément *acceptabilité* du droit à la santé (voir la section 2). En conséquence, il convient de lever les barrières culturelles qui, dans les services, biens et installations de santé, limitent l'accès des migrants aux soins de santé.

Les soignants doivent également garder à l'esprit qu'un migrant risque de ne pas préciser qu'avant de s'adresser à eux, il a recouru à la médecine traditionnelle ou à une médecine parallèle couramment pratiquée dans son pays d'origine, ce qui peut nuire au diagnostic et au traitement.

Promotion de la santé mentale adaptée à la culture des migrants

Il est parfois difficile, en raison des différences culturelles et des barrières linguistiques, d'offrir aux migrants des soins de santé mentale de qualité. C'est pourquoi, l'Etat de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, avait lancé son plan 2008-2011 de santé mentale multiculturelle, un cadre d'orientation stratégique et de fourniture de services à l'échelle nationale qui visait à améliorer la santé mentale des personnes provenant de divers milieux culturels et linguistiques. Les éléments de fond exposés dans le plan s'appuyaient sur plusieurs programmes en cours, dont un service de traitement et de réadaptation des victimes de la torture ou d'un traumatisme, un projet transculturel d'information des populations rurales isolées, et un projet de santé mentale pour les enfants et les familles de culture et de langue différentes. Malgré d'importants résultats, le programme a pris fin en 2011.

(Australian Department of Health (2008), Mental Health and Drug and Alcohol Office, The Multicultural Mental Health Plan 2008-2012, disponible à l'adresse : www.health.nsw.gov.au/policies/pd/2008/pdf/PD2008_067.pdf)

Professionnels de la santé sensibles aux besoins des migrants

Les migrants apportent dans la société d'accueil une multitude de croyances, de cultures, de langues et de conceptions de la santé qui modifient le travail quotidien des professionnels du secteur. La migration s'accompagne aussi de défis épidémiologiques, qui placent les soignants face à de nouvelles exigences. De plus en plus, ceux-ci sont confrontés à des patients dont ils connaissent ou comprennent mal les symptômes. Le traitement peut s'en trouver retardé, ou les services de prévention ne pas être dispensés, permettant à la maladie de progresser et nécessitant ultérieurement une intervention ou un traitement plus long et plus coûteux¹⁴⁶. Pour que les services de santé soient sensibles aux besoins et aux droits des migrants, il importe que le personnel dirigeant, soignant et administratif soit capable d'appréhender les besoins sanitaires et sociaux des migrants¹⁴⁷.

¹⁴⁵ Ordre des infirmières et des infirmiers de l'Ontario (2004), *Directive professionnelle : La prestation de soins adaptés à la culture*, Ontario, disponible à l'adresse : http://www.cno.org/Global/docs/prac/51040_CultureSens.pdf.

¹⁴⁶ Voir Romero-Ortuño R. (2004). « Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? », *European Journal of Health Law*, vol. 11, p. 252 et 253 ; Agyemang C., Addo J. *et al.* (2009). « Cardiovascular disease, diabetes and established risk factor among populations of Sub-Saharan African descent in Europe: a literature review », *Globalization and Health*, vol. 5.

¹⁴⁷ Seeleman C., Suurmond J. et Stronk K. « Cultural competence: A conceptual framework for teaching and learning », *Medical Education*, 2009, vol. 43, n° 3, p. 229 à 237.

L'attitude des soignants : un obstacle potentiel

L'attitude des professionnels de la santé et des autres personnes qui travaillent dans les établissements de soins, ainsi que la qualité de l'enseignement qu'ils ont reçu pour les sensibiliser à la réalité de la migration déterminent pour une bonne part si les migrants pourront recourir utilement aux services de santé. En Afrique du Sud, plusieurs études ont montré que la discrimination est largement répandue parmi le personnel de santé. Un grand nombre de migrants ont en effet signalé des retards et des refus, ainsi qu'une facturation inappropriée.

(Human Rights Watch, No Healing Here: Violence, Discrimination and Barriers to Health for Migrants in South Africa (New York, 2009) ;

J. Vearey. « Migration, access to ART, and survivalist livelihood strategies in Johannesburg », African Journal of AIDS Research, vol. 7, n° 3, p. 361 à 374)

Formation aux compétences culturelles pour les professionnels de la santé

Face au nombre élevé de migrants travaillant au Qatar, le Weill Cornell Medical College a mis en place, avec la Hamad Medical Corporation, un programme de formation aux compétences culturelles afin de préparer les étudiants en médecine à travailler au contact de populations diverses. Cette formation entend également faciliter le recours au programme d'interprétation médicale.

Aux Etats-Unis d'Amérique, six Etats exigent que les étudiants en médecine démontrent qu'ils comprennent les préoccupations, les croyances et les besoins de communication de différentes populations en matière de santé. Ils imposent également aux médecins de suivre une formation continue aux compétences culturelles¹⁴⁸.

(OMS (2010), Health Of Migrants - the Way Forward, Report of a Global Consultation, Madrid, Espagne)

En Nouvelle-Zélande, la Loi de 2003 sur la garantie de compétence des praticiens de la santé astreint les organismes d'habilitation professionnelles à fixer des normes en matière de compétences culturelles et cliniques et de pratiques éthiques, et à s'assurer que les praticiens s'y conforment.

(Bacal K., Jansen P. et Smith K. (2006). « Developing Cultural Competency in Accordance with the Health Practitioners Competence Assistance Act », NZ Family Physician, vol. 33, n° 5)

¹⁴⁸ Voir Landers S. (2009). « Mandating cultural competency: should physicians be required to take courses? », *American Medical News*, disponible à l'adresse : www.ama-assn.org/amednews/2009/10/19/prsa1019.htm ; voir également US Department of Health and Human Services Office of Minority Health, à l'adresse : www.thinkculturalhealth.hhs.gov/index.asp.

Comment mettre en œuvre un programme de sensibilisation aux besoins des migrants à l'intention des professionnels de la santé

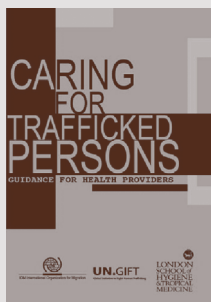
Les personnels de santé doivent acquérir de nouvelles compétences pour répondre aux besoins des migrants. Selon le projet AMAC (Assistance aux migrants et aux communautés) de l'OIM, ils doivent :

- Détenir des connaissances interculturelles, des capacités langagières et des aptitudes en communication suffisantes ;
- Savoir gérer le changement, la diversité et les valeurs culturelles ;
- Connaître suffisamment les autres cultures et coutumes pour mettre en place des pratiques professionnelles respectueuses de l'autonomie, des croyances et de la culture du patient ;
- Comprendre les déterminants de la santé des migrants et pouvoir contribuer à la réduction des inégalités sociales et sanitaires ;
- Savoir reconnaître le profil pathologique des patients et son épidémiologie ;
- Gérer avec compétence les manifestations cliniques d'une maladie au sein de divers groupes ethniques et différents segments de population ;
- Connaître les droits des migrants en matière de services de santé ;
- Pouvoir indiquer aux migrants la marche à suivre pour obtenir des services de santé et les résultats qu'ils peuvent en attendre.

(OIM (2009), *Developing a Public Health Workforce to Address Migrant Health Needs in Europe*, document de travail pour le projet d'assistance aux migrants et aux communautés)

Soins aux victimes de la traite

Beaucoup de victimes de la traite souffrent de séquelles physiques et psychologiques graves et durables. Des soignants avertis et attentionnés peuvent jouer un rôle de premier plan dans l'aide et le traitement des personnes qui ont subi des sévices traumatisants et répétés. Les professionnels de la santé, qui rencontrent les victimes à différentes étapes du processus de traite ou de réadaptation, trouvent extrêmement difficile d'établir un diagnostic et de soigner ces personnes.



L'ouvrage intitulé *Caring for Trafficked Persons* rassemble le savoir acquis par un large éventail d'experts d'organisations internationales, d'universités et de la société civile sur la façon d'aborder les conséquences de la traite d'êtres humains. Elaboré sous la conduite de l'OIM et de la London School of Hygiene & Tropical Medicine avec l'appui de l'Initiative mondiale de lutte contre la traite des êtres humains des Nations Unies, il donne des informations pratiques, non cliniques, visant à aider les soignants à comprendre le phénomène de la traite, à reconnaître certains des problèmes de santé qui lui sont associés, et à envisager des approches sûres et adaptées pour soigner les victimes. Cet outil essentiel existe dans plusieurs langues.

(OIM (2009), *Caring for Trafficked Persons: Guidance for Health Providers* (Genève, 2009), disponible à l'adresse : http://publications.iom.int/bookstore/index.php?main_page=product_info&cPath=1&products_id=510)

3.4 Lors du retour

La migration de retour est favorisée non seulement par les accords de paix et la stabilité retrouvée après un conflit ou une catastrophe qui a provoqué le déplacement de populations, mais aussi par la mondialisation et par la facilité et l'accessibilité accrues des voyages internationaux. De plus, en réduisant les perspectives d'emploi dans de nombreux pays de destination, la crise économique mondiale a incité de nombreux migrants à rentrer chez eux. Le renforcement des contrôles de l'immigration s'est également traduit, ces dernières années, par une augmentation des mesures d'éloignement et des retours volontaires vers les pays d'origine.

L'état de santé des migrants pendant leur séjour à l'étranger peut n'apparaître qu'après le retour¹⁴⁹. Les migrants qui ont été victimes d'exploitation et d'abus dans la communauté d'accueil voient fréquemment leur santé mentale et physique se détériorer¹⁵⁰. C'est pourquoi, les pays d'origine doivent mettre en place des mécanismes efficaces de réintégration qui se préoccupent de la santé des migrants de retour.

Les pays d'origine devraient s'intéresser à la santé des migrants de retour, mais aussi à celle des membres de la famille restés au pays. Des études indiquent que la santé physique et mentale des membres de la famille, en particulier les enfants, pâtit souvent d'une longue séparation¹⁵¹.

Un projet de l'OIM en Ukraine en faveur des enfants restés au pays

Ce projet, financé par le Ministère italien des affaires étrangères, s'attaque aux problèmes psychologiques et développementaux des enfants de travailleurs migrants ukrainiens, dont beaucoup ont migré en Italie pour travailler chez des particuliers et s'occuper de personnes âgées. En conséquence, les écoles ukrainiennes s'emploient à développer la capacité de réflexion et d'auto-analyse des enfants, et les dotent des outils qui les aident à comprendre leur identité et leur rôle.

(Pour de plus amples informations, voir le site : www.childrenleftbehind.eu/?page_id=1329)

Les migrants qui retournent temporairement chez eux pour revoir des parents et des amis risquent de contracter des maladies courantes dans leur pays d'origine. Ils sont souvent accompagnés d'enfants qui sont nés dans le pays d'accueil et, pour certains, ne l'ont jamais quitté. Si les parents sont naturellement immunisés des maladies locales du fait de leur exposition avant la migration, tel n'est pas toujours le cas de leurs enfants¹⁵².

¹⁴⁹ Cortés, R. (2007). Global report on Migration and Children: Children and Women left behind in Labour sending Countries: An Appraisal of Social Risks, disponible à l'adresse : www.childmigration.net/files/Rosalia_Cortes_07.pdf.

¹⁵⁰ PNUD/OIM/UNIFEM *et al.* (2008), *HIV Vulnerabilities of migrant women: From Asia to the Arab States*, Colombo, Centre régional du PNUD à Colombo.

¹⁵¹ Fletcher-Anthony, W. (2008). *Post-Immigration West-Indian Parent-Child Relationships*, Paper presented at Working Group on childhood and migration, Emerging Perspectives on Children in Migratory Circumstances, 20 et 21 juin 2008, Université Drexel, Université de Philadelphie.

¹⁵² Angell S., Cetron M. *et al.* (2005). « Health disparities among travelers visiting friends and relatives abroad », *Annals of Internal Medicine*, vol. 142, p. 67 à 72.

Importance de la prévention dans les cas de retour

En mai 2010, le Royaume-Uni a expulsé au Cameroun une femme et son enfant. Celui-ci, né sur le territoire britannique, n'avait pas été vacciné contre la fièvre jaune. La mère avait demandé en vain que son enfant soit vacciné contre cette maladie avant l'expulsion. Une lettre de l'agence britannique des frontières indiquait que le centre de détention n'était pas tenu de procéder à la vaccination et ne disposait pas des installations voulues. Elle précisait en outre que le responsable des soins de santé du centre de détention avait « confirmé que le vaccin pouvait être administré à l'arrivée au Cameroun et qu'il produirait ses effets immédiatement ». Cette affirmation était contraire à la règle appliquée aux ressortissants britanniques, auxquels il est conseillé de se faire vacciner contre la fièvre jaune dix jours avant le départ pour être bien protégés. De fait, le certificat de vaccination n'est valide que dix jours après l'immunisation.

(« *The UK's continued shameful neglect of migrants' health* », *The Lancet*, vol. 376, n° 9751, p. 1437-1512)

Expulsion et soins de santé dans le pays d'origine

Si les décisions relatives à l'entrée et au séjour des migrants sur le territoire d'un Etat relèvent de la compétence de ce dernier, plusieurs règles de fond et de forme doivent être observées en ce qui concerne l'éloignement. Par exemple, l'Etat doit respecter les principes touchant au non-refoulement, à l'intérêt supérieur de l'enfant, à l'état de santé du migrant et à l'unité de la famille. (Le principe fondamental de non-refoulement interdit aux Etats de renvoyer quiconque dans un pays quand il existe un risque de persécution, de torture ou d'autres atteintes graves aux droits de l'homme.) La Directive européenne de 2008 relative au retour dispose qu'outre ces principes, il faut tenir dûment compte de l'état de santé du ressortissant d'un pays tiers qui est visé par la mesure d'éloignement¹⁵³. Dans le contexte de la santé, l'expulsion soulève une question importante relevant du droit des droits de l'homme : le fait de renvoyer une personne dans un pays où elle risque de ne pas avoir accès à des services de santé adéquats constitue-t-il un traitement inhumain ou dégradant ?

La Cour européenne des droits de l'homme s'est penchée à diverses reprises sur la question de l'expulsion des migrants. Elle a estimé qu'une personne qui souffre d'une maladie en phase terminale ou potentiellement mortelle et qui ne peut poursuivre le traitement dans son pays d'origine ne doit pas être renvoyée car l'expulsion hâterait sa fin, dans des circonstances particulièrement douloureuses. Une telle mesure constituerait un traitement inhumain contraire à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants)¹⁵⁴. Dans une autre affaire, la Cour a inclus les maladies mentales graves dans le champ d'application de l'article 3 de la Convention¹⁵⁵. Cependant, les arrêts rendus récemment semblent indiquer que ce principe s'applique uniquement dans des circonstances exceptionnelles¹⁵⁶. Il convient donc, pour déterminer si une expulsion est conforme à la loi, d'analyser dans chaque cas plusieurs facteurs, dont la disponibilité et l'accessibilité physique et économique du traitement dans le pays d'origine, ainsi que la présence de parents ou d'autres réseaux d'aide.

Certaines juridictions nationales ont estimé que les migrants gravement malades ne peuvent être expulsés lorsque cette mesure constituerait une violation des droits de l'homme¹⁵⁷.

¹⁵³ Directive 2008/115/CE, art. 5 c).

¹⁵⁴ *D. c. Royaume-Uni*, n° 30240/96, CEDH, 2 mai 1997 ; voir également *BB c. France*, n° 30930/96, CEDH, 9 mars 1998.

¹⁵⁵ *Bensaid c. Royaume-Uni*, n° 44599/98, CEDH, 6 mai 2001.

¹⁵⁶ Voir *Karara c. Finlande*, n° 40900/98, 29 mai 1998 ; *S.C.C. c. Suède*, n° 46553/99, 15 février 2000 ; *Arcila Henao c. Pays-Bas*, n° 13669/03, 24 juin 2003 ; *Ndangoya c. Suède*, n° 17868/03, 22 juin 2004 ; *Amegnigan c. Pays-Bas*, n° 25629/04, 25 novembre 2004. Dans toutes ces affaires, la requête a été jugée irrecevable.

¹⁵⁷ Voir PICUM (2009), *Undocumented and Seriously Ill: Residence Permits for Medical Reasons in Europe*, Bruxelles.

Retour volontaire de personnes souffrant de problèmes de santé

La possibilité, pour les personnes vivant avec le VIH ou souffrant d'autres problèmes de santé, de rentrer volontairement dans leur pays d'origine dépend parfois des conditions sur place.

Un rapport de l'OIM¹⁵⁸ sur la situation d'un groupe de migrants séropositifs aux Pays-Bas énumère les conditions minimales qui doivent être satisfaites pour un retour et une réinsertion durables :

- Le traitement médical est disponible et accessible ;
- Le migrant de retour peut percevoir des revenus suffisants pour couvrir les dépenses courantes et payer tous les frais liés au traitement médical ;
- Le migrant de retour dispose d'un réseau social de soutien qui lui permet de faire face à une stigmatisation éventuelle par la société.

¹⁵⁸ Voir OIM (2009), Health, Hope and Home? The Possibilities and Constraints of Voluntary Return for African Rejected Asylum Seekers and Irregular Migrants Living with HIV in the Netherlands, La Haye.

CONCLUSIONS

Nous avons passé en revue les dispositions relatives aux droits de l'homme qui offrent une protection à tous les migrants, quel que soit leur statut juridique. Nous avons également mis en lumière et analysé les facteurs ou les déterminants qui risquent de compromettre ou d'empêcher la pleine jouissance du droit au meilleur état de santé possible pour les migrants. En donnant des exemples de motifs de préoccupation et en encourageant de nouvelles approches, le présent ouvrage entend inciter les Etats et les soignants à adopter des pratiques de santé publique qui garantissent l'égalité et l'absence de discrimination, respectent les droits de l'homme et accordent aux migrants leurs droits. Enfin, il plaide pour un monde dans lequel la gouvernance de la migration est conforme aux normes relatives aux droits de l'homme.

La santé est un droit humain, et le droit à la santé est indispensable à l'exercice d'autres droits humains car il est intimement lié et subordonné à la réalisation, entre autres, du droit au logement, à la nourriture, à la sécurité sociale, au travail et à la vie de famille. Le droit à la santé est aussi indissociable du principe fondamental de non-discrimination, qui consacre la « dignité inhérente » à tous les êtres humains, nationaux ou migrants. Ce principe garantit que les droits de l'homme s'appliquent à chacun, indépendamment de la nationalité, de la race, de la couleur, du sexe ou de toute autre situation¹⁵⁹. En conséquence, les Etats sont tenus de protéger et de promouvoir les droits des migrants sans discrimination aucune. Ils ont également l'obligation d'éliminer toute forme de discrimination sur leur territoire. Les principes de non-discrimination et d'égalité de traitement pour tous, y compris les migrants, s'appliquent à divers éléments du droit à la santé. Ainsi, les Etats doivent veiller à la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des installations, des biens et des services en matière de santé. Ces obligations incombent à tous les Etats parties aux traités qui consacrent le droit à la santé, qu'ils soient des pays d'origine, de transit ou de destination.

Les migrants apportent d'importantes contributions sociales et économiques aux pays d'origine et de destination. Nombre d'entre eux, toutefois, en particulier les migrants en situation irrégulière, ont peu ou pas accès aux services sanitaires et sociaux, alors qu'ils cotisent aux régimes en place et qu'ils sont exposés à des risques particuliers liés à l'exploitation, à un travail dangereux ou à des conditions de vie médiocres.

Malgré la vulnérabilité croissante des migrants et la ferme reconnaissance de leurs droits sociaux dans les instruments internationaux, beaucoup d'Etats restreignent la pleine et entière réalisation du droit à la santé des migrants, surtout s'ils sont en situation irrégulière, en excluant les migrants et leur famille des systèmes nationaux de santé, en leur offrant une protection insuffisante due à un accès limité aux soins d'urgence, et en refusant l'entrée ou la résidence sur le territoire en raison de leur état de santé. On déplore également des manquements sur d'autres plans : sensibilité insuffisante des personnels de santé à la diversité culturelle, méconnaissance des droits et des problèmes de santé des migrants parmi les soignants, conditions de travail dangereuses, absence de services de santé pour les migrants de retour, participation des soignants aux contrôles visant l'immigration, et recours abusif à la détention comme moyen de gérer les flux migratoires. Il s'agit là de mauvaises pratiques de santé publique, qui sont de surcroît contraires aux obligations que les droits de l'homme imposent aux Etats. Refuser aux migrants le droit à la santé entraîne leur marginalisation, accroît les risques de morbidité et accentue les inégalités en matière de santé. En l'absence de protection juridique ou financière pour accéder aux services de santé, les migrants tendent à ne consulter que lorsqu'ils sont gravement malades, ce qui nécessite parfois des traitements d'urgence coûteux. De tels retards ont fatalement des effets à long terme sur la santé. En dernière analyse, l'exclusion des migrants

¹⁵⁹ Cette liste n'est pas exhaustive.

des services de santé impose un fardeau financier au pays d'accueil, et peut présenter des risques sanitaires pour les communautés d'accueil.

Une approche globale et sans exclusive du droit à la santé exige que les Etats intègrent dans leurs plans, politiques et stratégies les besoins et les vulnérabilités des migrants en matière de santé. Il importe qu'ils s'attaquent aux inégalités face à la santé, aux obstacles aux soins et aux autres facteurs qui ont une incidence sur la santé des migrants, dont les déterminants sociaux. Une bonne pratique consiste à faire des soins primaires le principal point d'accès à la majorité des services de santé. Alliée au principe de non-discrimination, cette mesure oblige les Etats à adopter des politiques d'admissibilité et des systèmes de financement sans exclusive. Du point de vue des droits de l'homme, les gouvernements devraient insister sur l'indépendance du corps médical. Les professionnels de la santé doivent être avant tout au service du patient et de la défense de la santé en tant que droit humain. Il convient également de faire en sorte que les politiques publiques et le droit favorisent l'accès de tous aux soins préventifs et curatifs de base et qu'ils dissocient clairement un tel accès de l'application des lois sur l'immigration. Enfin, les pays d'origine devraient mettre en place de solides mécanismes de réintégration qui veillent à la santé des migrants de retour.

ANNEXE I. GLOSSAIRE

On entend par **migration internationale** le mouvement d'une personne ou d'un groupe de personnes qui franchissent une frontière internationale. Cette notion englobe tous les types de mouvements de population, quelles que soient leur durée, leur composition ou leur cause, et notamment la migration de réfugiés, de personnes déplacées, de travailleurs migrants et des personnes qui se déplacent pour d'autres motifs, par exemple les études ou le regroupement familial (voir *Glossary on Migration*, OIM, 2011).

Il n'existe pas de définition universellement reconnue du terme « migrant » au niveau international. Selon les Nations Unies, ce terme désigne toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer. Selon cette définition, ne sont pas considérées comme migrants les personnes qui se déplacent pour une période plus courte à des fins de tourisme ou d'affaires. Cependant, il est courant d'inclure certaines catégories de migrants de courte durée, tels que les travailleurs agricoles saisonniers qui se déplacent à l'époque des semis ou des récoltes (voir *Glossary on Migration*, OIM, 2011).

L'expression « **travailleurs migrants** » désigne les personnes qui vont exercer, exercent ou ont exercé une activité rémunérée dans un Etat dont elles ne sont pas ressortissantes (art. 2.1, Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, 1990).

L'expression « **membres de la famille des travailleurs migrants** » désigne les personnes mariées aux travailleurs migrants ou ayant avec ceux-ci des relations qui produisent des effets équivalant au mariage, ainsi que leurs enfants à charge et autres personnes à charge (art. 4, Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille).

Les travailleurs migrants et les membres de leur famille sont considérés comme : a) **pourvus de documents** ou **en situation régulière** s'ils sont autorisés à entrer, séjourner et exercer une activité rémunérée dans l'Etat d'emploi conformément à la législation dudit Etat et aux accords internationaux auxquels cet Etat est partie ; b) **dépourvus de documents** ou **en situation irrégulière** s'ils ne remplissent pas les conditions prévues à l'alinéa a) (art. 5, Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille).

Plus généralement, un **migrant en situation irrégulière** est un migrant contrevenant à la réglementation du pays de transit ou d'accueil, pour y être entré illégalement ou pour avoir contrevenu à une condition d'entrée ou avoir prolongé son séjour au-delà de la période de validité de son visa. Cette définition s'étend donc, entre autres, aux personnes qui sont entrées légalement sur le territoire d'un pays de transit ou d'accueil mais ont dépassé la période de séjour autorisée ou ont ensuite pris un emploi sans autorisation (également appelées migrants non autorisés/clandestins/dépourvus de documents ou en situation irrégulière). Le terme « irrégulier » est préférable à « illégal », a une connotation pénale et semble ôter toute humanité aux migrants (voir *Glossary on Migration*, OIM, 2011). Consciente de ce fait, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution priant « les organes de l'Organisation des Nations Unies et les institutions spécialisées intéressées d'utiliser dans tous les documents officiels les termes "travailleurs migrants sans documents ou irréguliers" pour désigner les travailleurs qui pénètrent illégalement ou subrepticement dans un autre pays pour se procurer

du travail » (résolution 3449 de l'Assemblée générale des Nations Unies, 2433^e séance plénière, 9 décembre 1975).

Les **victimes de la traite d'êtres humains** sont les personnes qui font ou ont fait l'objet de cette pratique, définie comme le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou à d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation. L'exploitation comprend, au minimum, la prostitution d'autrui ou d'autres formes d'exploitation sexuelle, le travail ou les services forcés, l'esclavage ou les pratiques analogues à l'esclavage, la servitude ou le prélèvement d'organes (voir art. 3 a), Protocole visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée, 2000).

Les **demandeurs d'asile** sont des personnes qui sollicitent la protection internationale. Dans les pays appliquant des procédures d'examen individualisées, un demandeur d'asile est un individu dont la demande d'asile n'a pas encore fait l'objet d'une décision définitive de la part du pays d'accueil potentiel. Tout demandeur d'asile n'est pas nécessairement reconnu comme réfugié à l'issue du processus mais tout réfugié a dans un premier temps été demandeur d'asile (voir *Glossaire du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés*, juin 2006).

Un **réfugié** est une personne répondant aux critères d'admissibilité énoncés dans la définition du réfugié applicable en vertu des instruments internationaux et régionaux, au titre du mandat du HCR ou conformément au droit national (voir *Glossaire du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés*, juin 2006).

ANNEXE II. INSTRUMENTS ET MECANISMES INTERNATIONAUX APPLICABLES A LA SANTE DANS LE CONTEXTE MIGRATOIRE

Instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme

La Déclaration universelle des droits de l'homme a marqué un tournant décisif dans l'histoire des droits de l'homme. Proclamé le 10 décembre 1948 par l'Assemblée générale des Nations Unies comme l'idéal commun à atteindre par tous les peuples et toutes les nations, cet instrument énonce pour la première fois les droits humains fondamentaux qui doivent être universellement protégés. Depuis, le principe de l'universalité des droits de l'homme a été réaffirmé dans de nombreux textes internationaux – traités, déclarations et résolutions – relatifs aux droits de l'homme.

Les dispositions de la Déclaration universelle des droits de l'homme ont été codifiées en 1966 dans deux instruments juridiquement contraignants : le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques. Ces deux pactes forment, avec la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Charte internationale des droits de l'homme.

Dans le droit international des droits de l'homme, c'est le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels qui, à l'article 12, consacre le plus fermement le droit à la santé. Les 160 Etats parties¹⁶⁰ y « reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». Le Pacte énumère plusieurs autres droits indispensables à la réalisation du droit à la santé, notamment les droits à la nourriture, au logement, à la sécurité et l'hygiène du travail et à l'éducation. Tous devraient être exercés sans discrimination aucune qui serait fondée, entre autres, sur la race, le sexe ou l'origine nationale ou sociale¹⁶¹.

Le principe de la réalisation progressive des droits économiques, sociaux et culturels énoncé à l'article 2 du Pacte, qui reconnaît les contraintes liées aux ressources disponibles, fait obligation aux Etats d'agir le plus rapidement et le plus efficacement possible en vue d'assurer le plein exercice des droits reconnus.

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques consacre plusieurs droits qui font partie intégrante de la réalisation du droit à la santé, en particulier dans les domaines de l'information, la vie privée, la libre circulation et la sécurité des personnes. Il impose aux Etats parties de garantir à tous les individus se trouvant sur leur territoire et relevant de leur compétence les droits reconnus dans le Pacte, sans distinction aucune (art. 2, par.1).

Les organes des traités relatifs aux droits de l'homme, qui sont des comités d'experts indépendants chargés de surveiller l'application des principaux instruments internationaux en la matière, se sont penchés sur les questions de migration et santé. Ils ont notamment abordé les sujets suivants se rapportant à la santé des migrants :

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, formé d'experts indépendants qui surveillent l'application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, a adopté en mai 2000 l'Observation générale

¹⁶⁰ Pour connaître l'état de ratification des différents traités internationaux relatifs aux droits de l'homme et obtenir la liste détaillée des Etats parties, voir le site : <http://treaties.un.org/Pages/Treaties.aspx?id=4&subid=A&lang=fr>.

¹⁶¹ Voir art. 12, 11, 7, 13 et 2, par. 3.

n° 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, qui définit les critères du plein exercice du droit à la santé. Selon ce texte, le droit à la santé doit être entendu comme le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions – qui doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité – nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint¹⁶². Dans l'Observation générale n° 20 sur la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels, le Comité réitère que les droits visés par le Pacte s'appliquent à chacun, y compris les non-ressortissants, indépendamment de leurs statut juridique et titres d'identité. Le motif de la nationalité ne doit pas empêcher l'accès aux droits consacrés par le Pacte, dont le droit à la santé¹⁶³.

Le Comité a en outre reconnu, dans son Observation générale n° 15 sur le droit à l'eau, que l'eau est un droit fondamental visé par le paragraphe 1 de l'article 11 et par l'article 12 du Pacte¹⁶⁴. Selon le Comité, l'eau devrait être considérée comme un bien social et culturel et non essentiellement comme un bien économique¹⁶⁵, et il incombe aux Etats parties de garantir que le droit à l'eau est exercé sans discrimination¹⁶⁶. De plus, les Etats parties devraient prêter une attention spéciale aux particuliers et aux groupes qui ont traditionnellement des difficultés à exercer ce droit, notamment les femmes, les enfants, les groupes minoritaires, les peuples autochtones, les réfugiés, les demandeurs d'asile, les personnes déplacées dans leur propre pays, les travailleurs migrants ainsi que les prisonniers et les détenus.

Le Comité des droits de l'homme, qui surveille l'application du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, a fait valoir qu'« en général, les droits énoncés dans le Pacte s'appliquent à toute personne, [...] quelle que soit sa nationalité »¹⁶⁷.

Les instruments ci-après sont classés par ordre chronologique d'entrée en vigueur :

En vertu de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (adoptée en 1965, entrée en vigueur en 1969), les Etats parties s'engagent à éliminer toute forme de discrimination raciale. Par ailleurs, comme le dispose le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale dans sa Recommandation générale n° 30 sur la discrimination à l'égard des non-ressortissants, il appartient aux Etats parties de veiller à ce que l'ensemble des garanties contre la discrimination raciale inscrites dans la loi s'appliquent à tous, indépendamment du statut au regard de l'immigration ou de la nationalité¹⁶⁸.

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (adoptée en 1979, entrée en vigueur en 1981) s'applique à toutes les femmes, qu'elles soient ou non ressortissantes de l'Etat partie. La Convention renferme des dispositions qui obligent les Etats à prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé, y compris ceux concernant la planification de la famille, et à fournir pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement, des services

¹⁶² CESCR, Observation générale n° 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12), E/C.12/2000/4, 11 août 2000, par. 12 et 34.

¹⁶³ CESCR, Observation générale n° 20 sur la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels (art. 2, par. 2), E/C.12/GC/20, 2 juillet 2009.

¹⁶⁴ E/C.12/2002/11, par. 3.

¹⁶⁵ E/C.12/2002/11, par. 11.

¹⁶⁶ E/C.12/2002/11, par. 13.

¹⁶⁷ CCPR, Observation générale n° 15 sur la situation des étrangers au regard du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, 1986, par. 1.

¹⁶⁸ CERD, soixante-quatrième session, General Recommendation No. 30 on Discrimination against Non-Citizens, CERD/C/64/Misc.11/rev.3, 2004, par. 7.

gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement, au besoin¹⁶⁹.

La Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (adoptée en 1984, entrée en vigueur en 1987) s'applique à toute personne ayant été victime de torture sur le territoire relevant de la juridiction des Etats parties. Elle dispose qu'aucun d'eux n'expulsera, ne refoulera, ni n'extradera une personne vers un autre Etat où il y a des motifs de croire qu'elle y serait soumise à la torture¹⁷⁰.

La Convention relative aux droits de l'enfant (adoptée en 1989, entrée en vigueur en 1990), dont la ratification est à peu près universelle, consacre le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible. Elle établit également un cadre de protection applicable à tous les enfants : « Les Etats parties s'engagent à respecter les droits qui sont énoncés dans la présente Convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion publique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation »¹⁷¹.

La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (adoptée en 1990, entrée en vigueur en 2003) reconnaît le droit de *tous* les travailleurs migrants et des membres de leur famille de recevoir les soins médicaux qui sont nécessaires d'urgence, ainsi que le droit des travailleurs migrants *pourvus de documents* et des membres de leur famille de bénéficier de l'égalité de traitement avec les ressortissants et de l'accès aux services sanitaires¹⁷². L'article 81.1 précise qu'aucune disposition de la Convention ne porte atteinte aux droits et libertés plus favorables accordés aux travailleurs migrants et aux membres de leur famille en vertu du droit d'un Etat partie ou de tout traité international, tel que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

L'instrument le plus récent est la Convention relative aux droits des personnes handicapées (adoptée en 2006, entrée en vigueur en 2008), qui reconnaît aux personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, le droit de circuler librement et le droit de choisir librement leur résidence, ce qui inclut le recours aux procédures d'immigration¹⁷³.

Le Conseil des droits de l'homme

Le Conseil des droits de l'homme est un organe intergouvernemental du système des Nations Unies, composé de 47 Etats, qui a été créé par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2006 essentiellement dans le but d'examiner les violations des droits de l'homme et de faire des recommandations à leur sujet. Les Procédures spéciales de l'ONU sont les mécanismes (extra conventionnels) mis en place pour s'occuper de la situation spécifique d'un pays ou de questions thématiques dans toutes les régions du monde. Instituées par l'ancienne Commission des droits de l'homme, elles ont été reprises par le Conseil.

¹⁶⁹ Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, art. 12.

¹⁷⁰ Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, art. 3.

¹⁷¹ Convention relative aux droits de l'enfant, art. 2 et 24.

¹⁷² Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, art. 28, 43, 45 et 81.

¹⁷³ Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 17.

Plusieurs Procédures spéciales présentent un intérêt pour la promotion et la protection du droit à la santé et des autres droits humains des migrants. Citons en particulier les travaux de deux titulaires de mandat, le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, et le Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants.

Le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible a pour mandat :

- De rassembler, de solliciter, de recevoir et d'échanger des renseignements émanant de toutes les sources pertinentes sur l'exercice du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, ainsi que sur les politiques visant à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;
- D'établir un dialogue suivi et d'étudier les domaines de collaboration possibles avec tous les acteurs pertinents ;
- De rendre compte de la réalisation, dans le monde entier, du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible et de l'évolution dans ce domaine, notamment en ce qui concerne les lois, politiques et pratiques les plus propices à la jouissance de ce droit, ainsi que les obstacles rencontrés sur le plan interne et au niveau international dans sa mise en œuvre ;
- De recommander des mesures propres à promouvoir et à protéger l'exercice du droit de chacun de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, en vue de soutenir les Etats dans leurs efforts pour améliorer la santé publique ;
- De présenter un rapport annuel au Conseil des droits de l'homme et un rapport intérimaire à l'Assemblée générale sur ses activités, constatations, conclusions et recommandations¹⁷⁴.

Le Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants s'occupe également du droit à la santé et des autres droits humains des migrants. Il assume les fonctions suivantes :

- Envisager des voies et moyens de surmonter les obstacles empêchant d'assurer une protection complète et effective des droits de l'homme des migrants, en reconnaissant la vulnérabilité particulière des femmes, des enfants et des migrants sans papiers ou en situation irrégulière ;
- Demander et recevoir des informations de toutes les sources pertinentes, y compris les migrants eux-mêmes, au sujet des violations des droits de l'homme commises à l'encontre des migrants et de leur famille ;
- Formuler des recommandations appropriées en vue de prévenir les violations des droits de l'homme des migrants et d'y porter remède, partout où elles peuvent se produire ;
- Promouvoir l'application effective des normes et règles internationales pertinentes en la matière ;
- Recommander des actions et mesures à mettre en œuvre aux niveaux national, régional et international pour mettre un terme aux violations des droits de l'homme des migrants ;
- Adopter une approche sexospécifique dans la demande et l'analyse d'informations, et s'intéresser particulièrement à la discrimination multiple et à la violence qui s'exercent contre les femmes migrantes ;
- Donner une importance particulière aux recommandations énonçant des solutions pratiques en matière de réalisation des droits visés par le mandat, notamment en identifiant les meilleures pratiques et les domaines et moyens concrets de coopération internationale ;
- Faire régulièrement rapport au Conseil, conformément à son programme de travail annuel, et à l'Assemblée générale, à la demande du Conseil ou de l'Assemblée.

¹⁷⁴ Conseil des droits de l'homme, quatrième session, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Paul Hunt, 2007, A/HRC/4/28.

Autres instruments et mécanismes internationaux

Plusieurs conventions, élaborées et largement ratifiées sous les auspices de l'Organisation internationale du Travail (OIT), établissent des normes internationales particulières en matière de santé et de sécurité au travail. Elles énoncent des règles visant à protéger la santé des travailleurs, et s'appliquent donc particulièrement aux migrants et autres non-nationaux (comme les réfugiés) qui exercent une profession ou occupent un emploi rémunéré.

La Convention n° 155 sur la sécurité et la santé des travailleurs de l'OIT (adoptée en 1981, entrée en vigueur en 1983) prescrit l'application progressive de mesures complètes de prévention des accidents sur le lieu de travail, et l'adoption d'une politique nationale cohérente sur la santé et la sécurité. En outre, elle énonce tout à la fois les responsabilités des employeurs, tenus de faire en sorte que les conditions et les équipements de travail soient sûrs et ne présentent pas de risque pour la santé, ainsi que les droits et obligations des travailleurs. Il existe par ailleurs de nombreuses conventions qui traitent spécifiquement de branches d'activité économique précises et de divers types d'équipements ou d'agents dangereux, telles que la Convention n° 167 sur la sécurité et la santé dans la construction de l'OIT (adoptée en 1988, entrée en vigueur à 1995).

Deux instruments spéciaux de l'OIT garantissent la protection des droits humains et des droits au travail des travailleurs migrants et favorisent la coopération inter-Etats sur la question de la migration de main-d'œuvre. La Convention n° 97 sur les travailleurs migrants (révisée) (adoptée le 1^{er} juillet 1949, entrée en vigueur le 22 janvier 1952)¹⁷⁵ vise les personnes qui migrent dans un autre pays en vue de travailler pour un employeur. La Convention n° 143 sur les migrations dans des conditions abusives et sur la promotion de l'égalité de chances et de traitement des travailleurs migrants (adoptée en 1975, entrée en vigueur en 1978)¹⁷⁶ impose aux Etats parties de respecter les droits humains fondamentaux de tous les travailleurs migrants, quel que soit leur statut juridique.

La Convention de l'OIT concernant le travail décent pour les travailleuses et travailleurs domestiques de 2011 dispose à l'article 13 : « 1. Tout travailleur domestique a droit à un environnement de travail sûr et salubre. Tout Membre doit prendre, conformément à la législation et à la pratique nationales, des mesures effectives en tenant dûment compte des caractéristiques particulières du travail domestique, afin d'assurer la sécurité et la santé au travail des travailleurs domestiques. 2. Les mesures visées au paragraphe précédent peuvent être appliquées progressivement en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs les plus représentatives et, lorsqu'elles existent, avec les organisations représentatives de travailleurs domestiques et celles d'employeurs de travailleurs domestiques ». L'OIT s'est dotée, dès 1926, d'une commission d'experts qui a pour tâche de fournir une évaluation impartiale et technique de l'application par les Etats parties des normes internationales du travail et des conventions ratifiées.

L'un des premiers instruments internationaux à reconnaître le droit à la santé est la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (entrée en vigueur le 7 avril 1948), qui a créé l'OMS. Ce texte précise que la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. 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.

Le Règlement sanitaire international (2005), entré en vigueur le 15 juin 2007, est un instrument juridique international qui lie 194 pays. Il vise à prévenir la propagation internationale des maladies, en évitant de créer des entraves inutiles à la libre circulation des voyageurs. Lors de situations d'urgence sanitaire d'ampleur internationale ou en cas de risques spécifiques pour

¹⁷⁵ OIT, Convention sur les travailleurs migrants (révisée), 1949. Elle s'accompagne de la Recommandation (n° 86) sur les travailleurs migrants (adoptée en 1949).

¹⁷⁶ OIT, Convention sur les migrations dans des conditions abusives et la promotion de l'égalité de chances et de traitement des travailleurs migrants, 1975.

la santé publique, des mesures restreignant les déplacements peuvent être recommandées afin d'éviter la propagation d'une maladie d'un pays à l'autre. Les Etats peuvent demander à un voyageur des informations sur sa santé, des examens de base et des certificats de vaccination. Parallèlement, le Règlement sanitaire international impose aux Etats de traiter les voyageurs dans le respect de leur dignité et des droits humains fondamentaux ; de ce fait, les données à caractère personnel doivent être tenues confidentielles.

Enfin, l'Assemblée mondiale de la Santé a, le 24 mai 2008, adopté la résolution 61.17 sur la santé des migrants.

Instruments et mécanismes régionaux se rapportant au droit à la santé

A l'échelon régional, les traités relatifs aux droits de l'homme et les mécanismes de surveillance et de contrôle, tels que la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, la Commission interaméricaine des droits de l'homme, la Cour interaméricaine des droits de l'homme et le Comité européen des droits sociaux, jouent un grand rôle dans la protection du droit humain à la santé¹⁷⁷.

S'agissant des Amériques, la Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme (1948) dispose, à l'article XI, que « toute personne a droit à ce que sa santé soit préservée ». Le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels, aussi appelé « Protocole de San Salvador » (adopté en 1988, entré en vigueur en 1999) renferme des dispositions sur le droit à la santé et le droit à un environnement salubre (articles 10 et 11), ainsi que sur d'autres droits touchant à la santé, dont la sécurité sociale (article 9). Les mécanismes régionaux sont la Commission interaméricaine des droits de l'homme, organe quasi-judiciaire, et la Cour interaméricaine des droits de l'homme, instance judiciaire, qui forment ensemble le Système interaméricain des droits de l'homme. La Cour interaméricaine s'est penchée sur la situation des migrants dépourvus de documents dans son avis consultatif OC 18/03 du 17 septembre 2003.

En Europe, la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (adoptée en 1950, entrée en vigueur en 1953) ne mentionne pas expressément le droit à la santé, mais renferme des dispositions relatives à la santé, comme le droit à la vie, l'interdiction de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants et le droit au respect de la vie privée et familiale. C'est la Cour européenne des droits de l'homme qui assure l'application de la Convention. Un autre instrument européen, la Charte sociale européenne (adoptée en 1961, révisée en 1996), consacre le droit à la santé à l'article 10 de sa partie I, et à l'article 11 de sa partie II. Le Comité européen des droits sociaux surveille l'application de la Charte¹⁷⁸. La Convention européenne d'assistance sociale et médicale de 1953 (qui n'est pas en soi un instrument relatif aux droits de l'homme), de même que la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine de 1997 donnent également des indications sur la portée et la teneur du droit à la santé en Europe. La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne de 2000, devenue juridiquement contraignante, dispose que toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux. Même si ce droit s'applique « dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales », il doit être interprété à la lumière de l'objectif général du Traité sur l'Union européenne, selon lequel « un

¹⁷⁷ Note 29 *supra*, p. 5.

¹⁷⁸ En 2004, le Comité a estimé qu'« une législation ou une pratique qui nie le droit à l'assistance médicale aux ressortissants étrangers, sur le territoire d'un Etat partie, fussent-ils en situation irrégulière, est contraire à la Charte » (*Fédération internationale des Ligues des droits de l'homme c. France*, décision du 8 septembre 2004). En 2010, le Comité a conclu à la violation des articles 16, 19, 30 et 31 de la version révisée de la Charte sociale européenne dans une affaire où l'une des parties alléguait que la prise de mesures de sécurité, dite d'urgence, et un discours raciste et xénophobe en Italie avaient abouti à des expulsions et des campagnes illégales ciblant de façon disproportionnée les Roms et les Sintis, les menant à l'état de sans-abri. Le Comité s'est aussi penché sur l'exclusion sociale dans le domaine de l'accès aux services de santé et à un logement salubre (*Centre sur les droits au logement et les expulsions [COHRE] c. Italie*, décision du 25 juin 2010).

niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».

La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (« Charte de Banjul », adoptée en 1981, entrée en vigueur en 1986) mentionne expressément le droit à la santé, notamment à l'article 16. Elle évoque également la santé physique de la famille à l'article 18. Le mécanisme d'application judiciaire de la Charte est la Cour africaine des droits de l'homme et des peuples, qui a été instaurée par le Protocole relatif à la Charte africaine, ratifié par 26 Etats de l'Union africaine. Le dispositif africain d'application des droits de l'homme comprend un organe quasi-judiciaire, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, qui s'apparente aux mécanismes européens d'application.

L'article 39 de la Charte arabe des droits de l'homme (adoptée le 22 mai 2004, entrée en vigueur le 15 mars 2008) reconnaît le droit qu'à tout membre de la société de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qui puisse être atteint, et le droit du citoyen de bénéficier gratuitement des services de santé de base et d'accéder aux centres de soins médicaux sans discrimination aucune. La Charte fait obligation aux Etats parties de prendre des mesures pour assurer la réalisation de ce droit, notamment : développement des soins de santé de base et garantie de la gratuité des services des centres qui fournissent ces soins et de la facilité d'accès à ces centres où qu'ils soient et quelle que soit la situation économique ; efforts visant à combattre les maladies par des moyens préventifs et curatifs de façon à réduire la mortalité ; action de sensibilisation et d'éducation sanitaires ; lutte contre les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé de la personne ; garantie à chacun de la nourriture de base et de l'eau potable ; lutte contre les facteurs de pollution de l'environnement et fourniture de moyens d'assainissement ; lutte contre le tabagisme, la drogue et les substances psychotropes.



© IOM 2007

Pour de plus amples informations :

Haut-Commissariat des Nations Unies aux
droits de l'homme
Palais des Nations
CH-1211 Genève 10
Suisse
Tél. : +41 22 928 92 24
Télécopie : +41 22 928 90 10
Courriel : publications@ohchr.org
[http://www.ohchr.org/FR/Pages/
WelcomePage.aspx](http://www.ohchr.org/FR/Pages/WelcomePage.aspx)

Organisation mondiale de la Santé
Département Ethique, équité,
commerce et droits de l'homme
Innovation, information, bases
factuelles et recherche (IER/ETH)
20, avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse
Tél. : +41 22 791 25 23
Télécopie : +41 22 791 47 26
Courriel : humanrights@who.int
www.who.int/hhr/en/

Organisation internationale pour les
migrations
Division Migration et santé
17, route des Morillons
CH-1211 Genève 19
Suisse
Tél. : +41 22 717 92 51
Télécopie : +41 22 798 61 50
Courriel : mhddpt@iom.int
[http://www.iom.int/cms/fr/sites/
iom/home/what-we-do/migration-et-
sante.html](http://www.iom.int/cms/fr/sites/iom/home/what-we-do/migration-et-sante.html)