



*«Ce rapport qui vient à point nommé est une importante contribution au débat grandissant sur la politique internationale en matière de migration. Il traite de la santé d' une population de plus en plus vulnérable dans la perspective des droits humains. Ce faisant, il démontre la valeur des droits humains en tant qu' outil politique. Il reconnaît aussi qu' un changement de paradigme est nécessaire ' pour que les migrants soient traités comme des citoyens du monde, et des personnes ayant des droits' .»*

Mary Robinson  
Haut Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme (1997-2002)

**Série de publications  
Santé et Droits de l'Homme,  
N° 4**

Pour plus d'informations, veuillez vous adresser à :  
Conseillère, Santé et Droits de l'Homme  
Département Ethique, Commerce, Santé et Droits de l'Homme, Législation, Groupe Développement durable et milieux favorables à la santé  
Organisation Mondiale de la Santé  
20, Avenue Appia - 1211 Genève 27 - Suisse  
Tel. : (41) 22 791 2523 - Fax : (41) 22 791 4726  
E-mail : HUMANRIGHTS@who.int  
www.who.int/hhr



Organisation mondiale de la Santé



# Migrations internationales, santé et droits humains

Série de publications  
Santé et Droits de l'Homme  
No.4, décembre 2003



December 18



Office of Union



Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights

### Remerciements :

*Migrations internationales, santé et droits humains* a pu voir le jour grâce au soutien du Gouvernement italien et a été rédigé par Helena Nygren-Krug, Conseillère pour la Santé et Droits de l'Homme à l'OMS, à l'issue de larges consultations. Les personnes ci-après en particulier doivent être remerciées pour leur contribution, leurs conseils et leur soutien : Colin Bailey, Franz Bauer, Veronica Birga, Christoph Bierwirth, Alisha Bjerregaard, Rachel Brett, Dominique Bush, Alex Capron, Manuel Carballo, Andrew Cassels, Andrew Clapham, Jenny Cook, Attila Dahlgren, Ayesha Dawood, Julie De Riviero, Myriam De Feyter, Nick Drager, Sarah Galbraith, Anne Gallagher, Kieran Gostin, Mariette Grange, Oliver Laws, Fernando González-Martín, Danielle Grondin, Mary Haour-Knipe, Katie Heller, Beatrice Loff, Sylvie Da Lomba, Tanya Norton, Lisa Oldring, Annette Peters, Ryzard Piotrowicz, Priti Radhakrishan, Jillyanne Redpath, Nathalie Rossette-Cazel, Barbara Stilwel, Julia Stuckey, Patrick Taran et Gianni Tognoni.

---

#### Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

##### **Migrations internationales, santé et droits humains**

(Série Santé et droits humains)

1. Personnes de passage et migrants 2. Réfugiés 3. Emigration et immigration 4. Droits homme 5. Etat de santé 6. Politique publique 7. Coopération internationale I. World Health Organization II. Series.

ISBN 92 4 256253 X (Classification NLM: WA 300)

ISSN 1726-7994

---

© Organisation mondiale de la Santé 2005

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone: +41 22 791 2476; télécopie: +41 22 791 4857; adresse électronique: bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS - que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale - doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie: +41 22 791 4806; adresse électronique: permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

---

# Migrations internationales, santé et droits humains



Organisation Mondiale de la Santé

*«Dans le monde d'aujourd'hui, les véritables frontières ne séparent pas les nations, mais les forts et les faibles, les privilégiés et les humiliés, les hommes libres et ceux qui vivent dans les fers. Aucun mur ne peut plus empêcher une catastrophe humanitaire ou des violations systématiques des droits de l'homme dans un pays de mettre en péril la sécurité nationale d'autres pays situés aux antipodes.»*

Kofi Annan, Secrétaire général des Nations Unies,  
discours prononcé à l'occasion de la remise du  
Prix Nobel de la Paix en 2001.

## Préface

**T**andis que nous concentrons nos efforts sur la réalisation des objectifs en matière de santé fixés dans le cadre des objectifs de développement pour le Millénaire de l'ONU, il importe de comprendre quels sont les défis à relever en matière de santé dans le contexte de la mondialisation. Les migrations – les mouvements de personnes d'une région vers une autre pendant des périodes variables – constituent l'un de ces défis majeurs chaque jour plus crucial.

Les travaux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sont guidés par le principe selon lequel la santé est un droit humain fondamental dont doit pouvoir jouir chaque être humain sans discrimination. Les groupes de population vulnérables et marginalisés requièrent une attention prioritaire. Dans le contexte des migrations, ces populations vont des migrants forcés et sans papiers qui n'ont pas accès aux services de santé de base jusqu'aux populations démunies que laisse derrière elle la «fuite des cerveaux», les professionnels de santé des pays pauvres migrant vers des pays plus riches.

L'OMS a examiné les défis à relever dans le domaine de la santé et des droits humains dans le contexte des migrations internationales, en collaboration avec l'Instituto Mario Negri, le Centre international pour la Migration et la Santé, l'Organisation internationale du Travail, l'Organisation internationale pour les Migrations, le Haut Commissariat aux Droits de l'Homme et d'autres protagonistes pertinents, y compris les organisations clés de la société civile.

Nous espérons que ce N° 4, *Migrations internationales, santé et droits humains*, de notre série de publications Santé et droits humains, sera un instrument utile qui permettra d'attirer l'attention du public sur ce sujet important. Nous espérons aussi qu'il pourra servir d'aiguillon pour stimuler les débats entre responsables politiques en vue de concevoir des solutions satisfaisantes, qui tiennent compte des considérations de santé publique et des impératifs des droits humains.



**Dr LEE Jong-wook**  
 Directeur général de  
 l'Organisation mondiale de la Santé  
 Genève - décembre 2003



## Avant-propos

**P**our des raisons politiques, humanitaires, économiques et environnementales, les populations se déplacent de plus en plus fréquemment. Cette mobilité des populations a des incidences sur la santé et les droits humains à la fois pour les migrants et pour les populations que ceux-ci ont quittées. Pour les migrants, les obstacles à un bon état de santé sont souvent considérables: ils sont dus à la discrimination, aux barrières linguistiques et culturelles, au statut juridique ainsi qu'à d'autres difficultés sociales et économiques. Dans le même temps, les politiques migratoires peuvent avoir d'importantes conséquences sur la santé publique. Dans de nombreuses régions du monde, la migration des professionnels de santé peut être un grave obstacle à la prestation de soins de santé dans les pays d'origine.

Tous les droits humains - y compris le droit à la santé - s'appliquent à toutes les personnes: migrants, réfugiés et autres non-nationaux. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels reconnaît le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Récemment, la Convention sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille est entrée en vigueur, prévoyant de nouvelles protections des droits humains pour les travailleurs migrants. Ces dispositions, parmi d'autres, doivent faire partie intégrante des politiques, des programmes et de toute législation en matière de migration et de santé.

Nous souhaitons que les débats se poursuivent, en connaissance de cause, sur les défis que représentent ces questions pour les responsables politiques. Nous remercions l'Organisation mondiale de la Santé et ses partenaires pour la contribution précieuse qu'ils apportent à ce processus.



**Paul Hunt**  
Rapporteur spécial  
des Nations Unies  
sur le droit à la santé



**Gabriela Rodríguez Pizarro**  
Rapporteur spécial des Nations  
Unies sur les droits de l'homme  
des migrants

# Table des matières

## Partie 1: Migrations, santé et droits humains: introduction

- 1 - Contexte et raison d'être 7
- 2 - Le paradigme des droits humains 8
- 3 - Migration: importance et terminologie 9
- 4 - Pourquoi les populations migrent-elles? Migrants «forcés» et migrants «spontanés» 10

## Partie 2: Incidences sur la santé pour ceux qui sont restés

- 5 - La «fuite des cerveaux»: les effets de l'émigration des professionnels de la santé 11

## Partie 3: Incidence sur la santé des personnes déplacées

- 6 - Migration forcée et incidences sur la santé 15
- 7 - La détention des migrants et les menaces qu'elle fait peser sur leur santé 17
- 8 - Le dépistage aux frontières 18

## Partie 4: Santé et droits humains des migrants dans le pays d'accueil

19

## Conclusion

29

## Annexe I: Les principales catégories de migrants

30

## Annexe II: Instruments juridiques et politiques internationaux et mécanismes pertinents dans le domaine de la santé et de la migration

- Les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme 32
- Normes juridiques internationales propres aux non-nationaux 34
- Conférences internationales (engagements politiques pour garantir les droits humains des migrants) 35

## Ce que vous trouverez dans cette publication

La présente publication donne un aperçu de certains des défis majeurs que les responsables politiques sont appelés à relever en se penchant sur les liens existant entre migrations, santé et droits humains. Les données disponibles sont peu nombreuses, aussi le tableau dressé par cette publication n'est-il pas complet. Elle s'efforce toutefois de fournir un point de départ utile qui incitera à prendre des mesures pour aborder la question des migrations et de la santé de manière approfondie et dans le souci des droits humains.

La *première partie* explique pourquoi nous abordons la question des migrations et de la santé et ce que signifie aborder cette question dans la perspective des droits humains. Elle analyse ensuite certains des termes utilisés et nos connaissances quant à l'importance, et aux raisons, des migrations.

La *deuxième partie* établit le lien entre les raisons pour lesquelles les populations migrent et les incidences en matière de santé et de droits humains de ces déplacements pour les populations que les migrants ont quittées. Elle fait porter l'attention sur la question de l'émigration des professionnels de la santé en mettant en lumière les tendances significatives, les incidences financières et les négociations commerciales en cours.

La *troisième partie* examine les incidences sur la santé des personnes déplacées à la fois dans le contexte de la santé publique et pour ce qui est de la santé de l'individu. Elle se penche sur différents aspects de l'administration des migrations, parmi lesquels figurent la détention et le dépistage aux frontières.

La *dernière* et quatrième *partie* examine les questions relatives à la santé et aux droits humains des migrants une fois qu'ils sont dans le pays d'accueil. Elle s'intéresse en particulier aux catégories les plus vulnérables de migrants et souligne certains des principaux défis à relever pour améliorer et protéger leur santé.

Vous trouverez en annexe un glossaire ainsi qu'une liste des instruments juridiques internationaux et des documents de politique générale présentant un intérêt pour tout débat sur la question de la santé et des migrations.

# Partie 1:

## Migrations, santé et droits humains: introduction



© OIM/Chauzy 2003

La présente section explique pourquoi la question des migrations et de la santé mérite d'être traitée et ce que signifie aborder cette question dans la perspective des droits humains. Elle analyse ensuite certains des termes utilisés et nos connaissances quant à l'importance, et aux raisons, des migrations.

### 1. CONTEXTE ET RAISON D'ÊTRE

Alors que commence un nouveau millénaire, les migrations - le mouvement des personnes d'une région vers une autre pendant des périodes variables - sont plus prononcées que jamais. L'instabilité politique croissante combinée au fait que la croissance économique stagne dans un nombre considérable de pays signifie que le déracinement et le déplacement - que ce soit pour des raisons politiques, environnementales ou économiques - se poursuivront probablement<sup>(1)</sup> et représenteront un défi toujours plus grand pour la santé publique.

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.<sup>(2)</sup> 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.<sup>(3)</sup>

Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (1946)

Jusqu'à présent, le débat sur la santé dans le contexte de la mondialisation a été axé sur le mouvement des marchandises et les échanges, une certaine attention étant portée aux personnes dans la mesure où elles fournissent des services. La communauté internationale n'a guère

accordé d'attention aux groupes de population les plus vulnérables dans le contexte des migrations. Cependant, l'ampleur des migrations, qu'elles soient forcées ou spontanées, régulières ou irrégulières, semble indiquer que, si l'on ne se préoccupe pas de ces groupes, ceux-ci et les individus qui les composent risquent, dans de nombreuses situations, de rester socialement exclus et de ne pas être en mesure de bénéficier de l'état de santé et des soins de santé auxquels ils ont droit en tant qu'êtres humains. Des efforts doivent être faits pour préserver la santé publique et la cohésion sociale dans un monde de plus en plus mobile. En l'absence de tels efforts, la capacité des migrants à contribuer aux sociétés qui les accueillent sera entravée.

Consciente de ces problèmes, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a rassemblé, au cours des années 2001-2003, les représentants des organisations internationales concernées ci-après pour examiner les problèmes que posent la santé et les migrations dans la perspective des droits humains et les défis à relever dans ce domaine. Ces organisations reconnaissent que les questions de santé pour les populations migrantes représentent un grave sujet de préoccupation du point de vue de la santé publique et des droits humains:

- l'initiative pour une mondialisation éthique (EGI),
- décembre 18,
- l'Institut Mario Negri (IMN),
- la Commission internationale catholique pour les Migrations (CICM),
- le Centre international pour la Migration et la Santé (CIMS),
- le Bureau international du Travail (BIT),
- l'Organisation internationale pour les Migrations (OIM),
- le Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme (OHCHR), et
- le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR).

(1) *Huddled masses, please stay away. The Economist*, 13 juin 2002, p. 29.

(2) Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, telle qu'adoptée par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, N° 2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948.

(3) Ibid.

Les organisations internationales, les défenseurs des droits de l'homme, les gouvernements et les ONG accordent une attention toujours croissante aux aspects de la migration qui ont trait aux droits humains, en particulier aux droits humains des migrants autres que les réfugiés et les demandeurs d'asile. Un plus grand nombre de ratifications par les États des traités internationaux reconnaissant les droits humains des migrants, un regain d'attention pour les aspects des migrations qui touchent aux droits humains dans le cadre de nombreuses conférences nationales et internationales, la nomination d'un Rapporteur spécial des Nations Unies sur les droits de l'homme des migrants et la récente entrée en vigueur de la Convention des Nations Unies sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (Convention des Nations Unies sur les travailleurs migrants) sont des manifestations visibles de cette nouvelle attention portée à la question.

Le présent rapport se veut une première contribution à la définition de ce qui est inévitablement une préoccupation à long terme. Il décrit certaines des questions de santé publique complexes que posent les migrations dans la perspective des droits humains et dans le contexte des schémas actuels de migration. En outre, il cherche à mettre en lumière l'extrême diversité des formes de vulnérabilité ainsi que certains des défis majeurs que représentent les migrations pour les responsables des politiques de santé à l'échelle mondiale.

Compte tenu de la complexité des problèmes en jeu, toute réponse apportée à la question des migrations internationales aujourd'hui doit porter sur tous les aspects de la question - et s'intéresser à la fois aux facteurs de «répulsion» et «d'attraction» qui déterminent la nature et l'orientation des migrations.<sup>(4)</sup> Le présent rapport apporte une modeste contribution en vue de parvenir à une vue d'ensemble indispensable et à une meilleure compréhension de celle-ci. Il vise d'abord et avant tout à démontrer la nécessité de porter davantage attention à cette question, d'effectuer des recherches et d'élaborer des méthodes d'action.

*Investir dans l'amélioration de la santé dans les pays pauvres n'est pas une question d'altruisme mais d'intérêt à long terme. Ainsi, pour l'hépatite B, il a été démontré en ayant recours à des modèles mathématiques que les ressources nécessaires pour empêcher qu'il y ait un porteur de la maladie au Royaume-Uni suffisaient à protéger 4000 personnes de la maladie au Bangladesh, parmi lesquelles, statistiquement, 4 étaient susceptibles d'immigrer au Royaume-Uni.*



© OIM/Chauzy 2003

*Il serait donc quatre fois plus efficace financièrement pour le Royaume-Uni de subventionner un programme de vaccination contre l'hépatite B au Bangladesh que de mettre en place son propre programme de vaccination universelle.<sup>(5)</sup>*

## 2 - LE PARADIGME DES DROITS HUMAINS

Les droits humains sont une protection garantie par la loi aux individus et aux groupes contre les actes qui vont à l'encontre des libertés fondamentales et de la dignité de l'homme.<sup>(6)</sup> Ces droits comprennent tout un ensemble de droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux et s'appliquent de manière universelle.

Le système des droits de l'homme à l'échelle internationale fournit une structure idéologique ainsi que des notions juridiques clairement structurées et largement acceptées permettant d'apporter des réponses d'un point de vue législatif et pratique dans le domaine de la santé et des facteurs déterminants de la santé. C'est sur le respect des droits humains fondamentaux de chacun dans la société, principe essentiel et équitable, que doivent s'appuyer toute réponse aux tensions qui apparaissent lorsque des groupes aux intérêts différents se rencontrent et toute résolution de ces tensions.

Les instruments internationaux relatifs aux droits humains reconnaissent explicitement que ces droits, y compris les droits spécifiques liés à la santé, s'appliquent à toutes les personnes - aux migrants, aux réfugiés et aux autres non nationaux. De nombreuses dispositions sont reconnues comme étant applicables à tous les migrants, quel que soit leur statut juridique. Le refus d'octroyer ces droits signifie que les

(4) Pour de plus amples explications sur les facteurs de répulsion/d'attraction, voir la partie 1.4.

(5) Gay NJ, Edmunds WJ. Developed countries could pay for hepatitis B vaccination in developing countries. *British Medical Journal*, 1998, 316:1457.

(6) Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme, Ecole des cadres des Nations Unies. *Human Rights: A Basic Handbook for UN Staff*. Genève, Nations Unies, 2001, p. 3.



© OIM/Lowenstein-Lom 1999

non nationaux risquent fort d'être socialement exclus et de ne pouvoir bénéficier des services de santé, ce qui peut avoir de graves conséquences à la fois pour eux et pour leurs communautés d'accueil et d'origine.

En résumé, une approche soucieuse des droits humains des questions complexes relatives aux migrations exige que les incidences sur les droits humains de toute politique, programme ou législation relatifs aux migrations soient examinées. A un stade plus précoce, il faut que le système des droits de l'homme soit utilisé pour examiner les options possibles en matière de législation, de politiques et de programmes. En d'autres mots, les droits humains doivent faire partie intégrante de la conception, de la mise en oeuvre, du suivi et de l'évaluation des politiques et des programmes de migration.

### 3 - MIGRATION: IMPORTANCE ET TERMINOLOGIE

Le terme «migration internationale» recouvre un vaste ensemble de mouvements de population, les raisons de ces mouvements et le statut juridique des migrants, qui détermine le temps pendant lequel ils peuvent séjourner dans un pays d'accueil et à quelles conditions.

Près de 175 millions de personnes, soit 2,9 % de la population mondiale, vivent actuellement de manière temporaire ou permanente en dehors de leur pays d'origine.<sup>(7)</sup> Ce chiffre inclut les travailleurs migrants, les immigrants ayant obtenu le droit d'établissement, les réfugiés et les demandeurs d'asile, mais il ne tient pas compte de l'augmentation des déplacements irréguliers ou sans papiers qui caractérisent désormais les migrations partout dans le monde.

*Vingt millions de travailleurs africains vivent et travaillent en dehors de leur pays d'origine et, d'ici 2015, c'est un travailleur africain sur dix qui vivra et travaillera en dehors de son pays d'origine.<sup>(8)</sup>*

Une distinction est faite entre les migrants en **situation régulière** et les migrants en **situation irrégulière (avec papiers ou sans papiers)**. Les migrants en situation régulière ou disposant de papiers sont des personnes dont l'entrée, la résidence et, le cas échéant, l'emploi dans un pays d'accueil ou dans un pays de transit ont été reconnus et autorisés par les autorités officielles de l'Etat. Les migrants en situation irrégulière ou sans papiers - sans titre de séjour - (parfois désignés sous l'appellation erronée de migrants/immigrants «illégaux») sont des personnes qui sont entrées dans le pays d'accueil sans autorisation légale ou qui sont restées au delà de la période autorisée, comme, par exemple, les étrangers de passage, les touristes, les étudiants étrangers ou les travailleurs sous contrat temporaire.

Une distinction est également faite entre les migrants «**spontanés**» et les migrants «**forcés**». Les migrants spontanés sont des personnes qui ont décidé d'émigrer de leur propre initiative (bien qu'il puisse y avoir de fortes pressions économiques ou autres les incitant à se déplacer). Il s'agit notamment des travailleurs migrants, des membres d'une famille qui retrouvent leurs proches et des étudiants étrangers. Les migrations forcées font référence aux «mouvements de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (du fait de conflits) ainsi que de personnes déplacées du fait de catastrophes naturelles ou de catastrophes environnementales, de catastrophes chimiques ou nucléaires, de la famine ou de projets de développement».<sup>(9)</sup>

(7) *World Migration Report*. Genève, Organisation internationale pour les Migrations, 2003.

(8) *ILO calls for Change in Migration Policies in Southern Africa*, 29 novembre 2002. Organisation internationale du Travail, 2002 (communiqué de presse)

(http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/new/291102.htm).

(9) *Mission Statement of the International Association for the Study of Forced Migration (IASFM)*, Oxford, IASFM, 1994 (http://www.unibamberg.de/~ba6ef3/iasfm/mission.htm, accessed 16 March 2004).



© OIM/Chauzy 1995

#### 4 - POURQUOI LES POPULATIONS MIGRENT-ELLES? MIGRANTS «FORÇÉS» ET MIGRANTS «SPONTANÉS»

Tout au long de l'histoire, des personnes ont été obligées d'abandonner leur foyer pour fuir les persécutions, la violence politique et les conflits armés.<sup>(10)</sup> Toutefois, aujourd'hui, la différence réside dans la nature et l'incidence sur la santé des conflits armés. Les guerres sont moins des confrontations entre des armées professionnelles que des conflits déchirants entre des militaires et des civils du même pays ou entre des groupes hostiles de civils armés. De plus en plus fréquemment, les guerres sont des conflits internes de faible intensité, qui durent plus longtemps.<sup>(11)</sup> Dans ces combats depuis les fenêtres des appartements ou dans les rues des villages et des banlieues, les distinctions entre combattants et non combattants s'estompent rapidement.<sup>(12)</sup> En conséquence, les victimes civiles en temps de guerre sont passées de 5% au début du siècle à 15% au cours de la Première Guerre mondiale, puis à 65% à la fin de la Seconde Guerre mondiale, pour atteindre finalement plus de 90% dans les guerres des années 90.<sup>(13)</sup> Dans le même temps, le nombre total de réfugiés du fait de conflits armés dans le monde a considérablement augmenté, pour passer de 2,4 millions en 1974 à plus de 27,4 millions aujourd'hui.<sup>(14)</sup> Le nombre de personnes déplacées dans les pays ravagés par les conflits est estimé à 30 millions.<sup>(15)</sup>

La pauvreté croissante (à la fois réelle et relative) incite les personnes à se déplacer pour rechercher du travail. Les images d'une vie

meilleure dans d'autres parties du monde sont transmises par des médias qui atteignent désormais les endroits et les communautés les plus reculés. Le fossé qui ne cesse de se creuser entre le Nord et le Sud pour ce qui est des richesses et le besoin croissant d'une main d'œuvre jeune et relativement bon marché dans les pays du Nord permettent de penser que cette tendance dans le domaine des migrations se poursuivra. Les changements économiques, démographiques et technologiques et l'évolution du marché de l'emploi dans de nombreux pays du Nord exigent des personnes qu'elles soient en mesure de se déplacer de façon très similaire aux produits et aux marchandises - librement et dans de brefs délais.<sup>(16)</sup> Malgré ces facteurs contraignants, les travailleurs migrants ne sont généralement pas considérés comme entrant dans la catégorie des migrants forcés. Le débat est cependant de plus en plus vif sur la question de savoir dans quelle mesure l'absence de satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels force également les personnes à abandonner leur foyer pour rechercher ailleurs des moyens de survivre et de subvenir à leurs besoins. En résumé, il est de plus en plus difficile d'établir une distinction claire entre migrants «forcés» et migrants «spontanés». ◆

(10) Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés. *The State of the World's Refugees: Fifty Years of Humanitarian Action*. Oxford, Oxford University Press, 2000, p. 1.

(11) Machel G. *L'impact des conflits armés sur les enfants (Rapport de l'expert des Nations Unies désigné par le Secrétaire général des Nations Unies)*. New York, UNICEF, 1996 (<http://www.unicef.org/graca/patterns.htm>, accessed 23 March 2004).

(12) Ibid.

(13) Ibid.

(14) Ibid.

(15) Ibid.

(16) Carballo M, Divino II, Zerit D. *Analytic Review of Migration and Health and as it Affects European Community Countries*. Genève, Centre international pour la Migration et la Santé, 1997, p. 3.

## Partie 2:

# Incidences sur la santé pour ceux qui sont restés



© OIM/Chauzy 2003

**Cette partie établit le lien entre les raisons pour lesquelles les populations migrent et les incidences en matière de santé et de droits humains de ces déplacements pour les populations que les migrants ont quittées. Elle fait porter l'attention sur la question de l'émigration des professionnels de la santé en mettant en lumière les tendances significatives, les incidences financières et les négociations commerciales en cours.**

### 5 - LA «FUITE DES CERVEAUX»: LES EFFETS DE L'ÉMIGRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Les gouvernements ont l'obligation de veiller à ce qu'il existe, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé.<sup>(17)</sup> Cela suppose notamment un personnel médical et professionnel qualifié recevant un salaire décent par rapport au niveau national.<sup>(18)</sup> Des politiques en matière de ressources humaines qui permettent d'améliorer les résultats des systèmes de santé sont particulièrement importantes dans la perspective des objectifs de développement du Millénaire<sup>(19)</sup> et pour réduire les obstacles que les pays peuvent rencontrer en s'efforçant de résoudre les problèmes de santé majeurs que sont le VIH, la tuberculose et le paludisme.<sup>(20)</sup>

Dans de nombreuses régions du monde, en particulier dans les pays en développement ayant de solides traditions d'éducation et de formation professionnelle, la fuite des professionnels pose un grave problème.<sup>(21)</sup> Celui-ci est d'autant plus prononcé dans les pays où la capacité de réinvestissement dans le système éducatif est limitée. Pour ces

pays, la perte de professionnels de santé peut entraîner de graves insuffisances dans les services disponibles pour les communautés locales et dans la capacité du pays à faire progresser ses programmes de développement dans le domaine de la santé. Pour compenser de telles pertes, les professionnels restants s'adaptent parfois pour fournir des services qui sortent du champ de leur expérience.<sup>(22)</sup> Ceux qui ne partent pas portent aussi le fardeau que représentent une charge de travail accrue, davantage de tension, un faible salaire, un matériel de médiocre qualité, le manque de chefs d'équipe et d'information ainsi que l'absence de perspectives de carrière, l'ensemble de ces facteurs pouvant saper leur motivation à poursuivre leur travail dans de telles conditions.<sup>(23)</sup> (Ces conditions ne s'appliquent pas uniquement dans le contexte des migrations transfrontières, mais également dans le cas des migrations internes.<sup>(24)</sup>)

#### ► LES TENDANCES DES MIGRATIONS INTERNATIONALES

Le phénomène désigné sous l'expression «fuite des cerveaux» existe depuis des décennies. Parmi les médecins formés au Ghana dans les années 80, 60% émigraient à l'étranger,<sup>(25)</sup> et il s'agit nullement d'un scénario inhabituel dans de nombreuses régions d'Afrique et d'Asie. Une étude menée en 1998 dans 7 États africains a montré que le pourcentage de postes vacants dans le secteur de la santé publique allait de 6% (pour les médecins au Lesotho) à 72,9% (pour les spécialistes au Ghana).<sup>(26)</sup> Le Malawi a fait état d'un niveau de vacances de postes de 52,9% pour les infirmières.<sup>(27)</sup> De tels taux de vacances de postes conduisent inévitablement à une prise en charge insuffisante; si cette tendance se poursuit, certains des besoins des populations en matière de santé deviendront de plus en plus difficiles à satisfaire.<sup>(28)</sup>

(17) Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre (Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels). Observation générale No 14 (2000), paragraphe 12.a). Les observations générales permettent de clarifier la nature et la teneur des droits individuels et des obligations des États Parties.

(18) Ibid.

(19) *Objectifs de développement de l'ONU pour le Millénaire*. New York. United Nations, 2000 (<http://www.un.org/french/millenniumgoals/>).

(20) Mercer H et al. *Human resources for health: developing policy options for change (Draft Discussion Paper)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (WHO/EIP/OSD).

(21) Stiilwell B et al. *Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges*. *Human Resources for Health*, 2003, 1:8.

(22) Ibid., p. 8.

(23) Ibid., p. 7.

(24) Ibid., p. 4.

(25) Stalker P. *Emigration-Brain Drain*. In: *Stalker's Guide to International Migration* ([http://pstalker.com/migration/mg\\_emig\\_3.htm](http://pstalker.com/migration/mg_emig_3.htm)).

(26) Dovo DY. *Retention and Deployment of Health Workers and Professionals in Africa (exposé)*. Addis-Abeba, Comité consultatif sur l'amélioration de la collaboration entre les professionnels de la santé et les gouvernements pour l'élaboration et la mise en oeuvre de la réforme du secteur de la santé, 2002.

(27) Ibid.

(28) Ibid.

Quarante-deux millions de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH/SIDA; aussi, améliorer l'accès aux thérapeutiques antirétrovirales (TARV) pour ceux qui en ont le plus besoin est l'un des défis les plus cruciaux dans le domaine de la santé internationale. Pour relever ce défi, l'Organisation mondiale de la Santé s'emploie, en collaboration avec la communauté internationale, à fournir les thérapeutiques antirétrovirales indispensables à 3 millions de personnes dans les pays en développement d'ici à la fin de 2005.<sup>(29)</sup>

Parmi les problèmes posés par la fourniture d'un traitement antirétroviral à un grand nombre de personnes dans des situations où les ressources sont limitées figure la question de la complexité des traitements eux mêmes et du manque de personnel de santé qualifié pour administrer les médicaments.<sup>(30)</sup> Toutefois, l'expérience des programmes de traitement par antirétroviraux en cours dans des pays en développement a montré l'utilisation optimale qui peut être faite des ressources humaines disponibles. Par exemple, les aspects relatifs aux soins et au suivi des personnes vivant avec le VIH/SIDA peuvent être délégués aux agents de santé et aux membres de la communauté.<sup>(31)</sup>

Les données générales sur les migrations internationales sont rares, mais diverses sources statistiques permettent de fournir certaines données utiles sur les migrations des travailleurs du domaine de la santé (par exemple les recensements/études, les registres administratifs, les visas d'émigration, les données concernant les permis de travail et les statistiques aux frontières). La nature de ces sources peut toutefois varier d'un pays à l'autre. Dans de nombreux pays, il y a d'importantes lacunes en matière d'information et une proportion considérable des flux migratoires n'est pas chiffrée, rendant difficile la comparaison des données entre pays.<sup>(32)</sup> En conséquence, le suivi international des migrations est entravé par les problèmes liés à la qualité et à la comparabilité des données.

Les données fiables dont on peut cependant disposer confirment que les pays les plus riches continuent à recruter du personnel dans les pays en développement<sup>(33)</sup> et que l'émigration des professionnels de la santé se poursuivra tant qu'il y aura ailleurs des salaires plus compétitifs. Il est de plus en plus fréquemment admis que les pays «recruteurs» devraient évaluer l'incidence de leurs politiques sur la satisfaction des droits humains dans d'autres pays.<sup>(34)</sup>

Il est clair qu'il faut faire davantage pour concevoir des solutions dont toutes les parties concernées tireront parti.<sup>(35)</sup> L'une des options possibles consiste à recenser les éventuelles mesures d'incitation des professionnels de la santé à rester dans leur pays d'origine et à agir sur ces mesu-

Le personnel professionnel constitue actuellement la majeure partie des migrants économiques. Il part à la recherche de salaires et de conditions de travail plus attrayants, d'une carrière professionnelle plus intéressante et d'une vie meilleure pour lui même et ses enfants. Les agents de santé figurent parmi le personnel professionnel le plus recherché, et ils sont souvent recrutés dès l'obtention de leur diplôme. L'émigration du personnel de santé peut se traduire par de graves pertes en capital humain pour les pays d'origine, empêchant le développement du secteur de la santé et réduisant la capacité de ces pays à fournir des services de santé.

Lorsque le personnel professionnel de santé migrant a reçu une formation dans son pays d'origine dans le cadre de systèmes éducatifs subventionnés par l'Etat, ce sont les pays en développement qui vont soutenir les systèmes de santé des pays développés.

Parmi les mesures politiques possibles figurent :

### 1. DES CONTRATS ORIGINAUX

Un hôpital d'un pays développé s'emploie à conclure un accord bilatéral avec des hôpitaux d'un pays en développement afin de recruter des infirmières pour une durée limitée. Il leur accordera des contrats de cinq ans, mais trois de ces années seront passées dans le pays d'origine, non dans le pays recruteur.

Il semble que les contrats originaux de ce type aient un certain avenir. Ils permettent au pays recruteur de subventionner financièrement le secteur de la santé, en particulier les ressources humaines, dans le pays d'origine et au personnel professionnel de la santé de travailler à l'étranger.

Une plus grande transparence dans les intentions en matière d'émigration et la réglementation faciliterait ce processus. Le fait de déterminer si le personnel professionnel a l'intention d'émigrer puis d'utiliser des mécanismes contractuels qui précisent la durée des contrats dans les deux pays, moyennant un financement ou au moins des subventions des pays développés les plus riches, pourrait se traduire par des avantages pour toutes les parties.

### 2. L'INVESTISSEMENT DANS L'ÉDUCATION

Le pays A souhaite recruter des infirmières du pays B. Au lieu d'un simple recrutement, A a créé un institut de formation des infirmières dans B, financé par les employeurs potentiels du pays A. Cet institut forme les infirmières selon les critères du pays B, et certaines de ces infirmières émigrent vers le pays A alors que d'autres restent dans le pays B.

Il est inhabituel d'investir dans le système éducatif d'un autre pays mais, lorsqu'il y a des déséquilibres de main d'oeuvre, cela peut relever du bon sens et fournir l'occasion d'offrir une compensation financière au pays «expéditeur» et de renforcer les infrastructures.

*Barbara Stilwell, Organisation mondiale de la Santé/Bases factuelles et information à l'appui des politiques de santé, 2003.*

(29) L'Organisation mondiale de la Santé et l'ONUSIDA dévoilent leur plan pour traiter 3 millions de malades du SIDA d'ici 2005, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (communiqué de presse, 1<sup>er</sup> décembre 2003 : <http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr89/fr/>).

(30) Grubb J, Perriens J, Schwartländer B. *Traitements antirétroviraux: une approche de santé publique : surmonter les obstacles*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002, p. 3.

(31) *Ibid.*, p. 4.

(32) Voir la référence sous la note de bas de page 21, paragraphe 5.

(33) Voir la référence sous la note de bas de page 25.

(34) *Duties sans Frontières: Human rights and global social justice*. Geneva, International Council on Human Rights Policy, 2003, 46-53.

(35) La participation politique des groupes de population concernés et touchés par les décisions en matière de santé qui seront prises aux niveaux communautaire, national et international est un aspect important d'une approche soucieuse des droits humains. Cela signifierait que les communautés de migrants auraient leur mot à dire dans les processus de définition des priorités, de prise de décision, de planification, de mise en oeuvre et d'évaluation des politiques et stratégies qui auront une incidence sur leur santé et leur développement.

(36) Il a été constaté que l'amélioration des conditions de vie et de travail constituait de telles mesures d'incitation. Voir *The Role of Wages in Slowing the Migration of Health Care Professionals from Developing Countries*, Genève, Organisation mondiale de la Santé (document non publié disponible sur demande auprès du groupe Bases factuelles et information à l'appui des politiques de santé, EIP, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse), pp. 14-15. Toutefois, les auteurs mettent en garde contre le fait que cette conclusion n'est applicable que dans certaines situations et qu'il n'existe pas suffisamment d'informations pour qu'elle soit le reflet d'une qualité d'analyse optimale.

(37) Friedman EA. *An Assessment of the Feasibility of WHO's Proposal to Treat 3 Million HIV/AIDS Patients by 2005: A Physicians for Human Rights White Paper*. Boston, Physicians for Human Rights and Partners in Health, 2002 ([http://www.phrusa.org/campaigns/aids/who\\_doc.html](http://www.phrusa.org/campaigns/aids/who_doc.html), accessed 24 March 2004).

(38) When F. Labour's new idea - scrambled government? Tory night of the living dead. *The Guardian*, 6 septembre 2000.

(39) Voir la référence sous la note de bas de page 21, paragraphe 8. Voir aussi: Outward Bound. *The Economist*, 28 septembre-4 octobre 2002, pp. 29-32.

(40) Selon Manuel Carballo, Directeur du Centre international pour la Migration et la Santé (CIMIS), Genève.

(41) Voir la référence sous la note de bas de page 21, paragraphe 8.

(42) Ibid., 9. Voir aussi Bases factuelles et information à l'appui des politiques de santé, Prestation des services de santé, projet de note d'information, 16 décembre 2002 (document non publié, disponible sur demande auprès du Groupe Bases factuelles et information à l'appui des politiques de santé, EIP, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse), p. 6.

(43) Ibid., 9.

(44) Bien que l'AGCS soit entré en vigueur en 1995, «jusqu'à présent, ses effets sont restés limités, car la plupart des Membres de l'OMC ont contracté assez peu d'engagements allant au-delà des niveaux d'accès existants». OMS/OMC, *Les Accords de l'OMC et la santé publique : Etude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Organisation mondiale du Commerce, 2002, p. 51. Dans le cadre de l'AGCS, le commerce des services de santé signifie « la prestation de services spécialisés et généraux de santé, de services de soins infirmiers, de services de soins hospitaliers, de services d'ambulance ainsi que des services de physiothérapie et des services paramédicaux fournis par les laboratoires médicaux et les laboratoires dentaires ». *Definitions and Debates for Health and Trade Policy Makers: A Glossary of 103 Health and Globalization Terms* (document non publié, disponible sur demande auprès de Mondialisation, commerce et santé (GTH/ETH/SDE), Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).

(45) OMS/OMC, *Les Accords de l'OMC et la santé publique : Etude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Organisation mondiale du Commerce, 2002, p. 20.

res.<sup>(36)</sup> Un soutien financier en vue d'augmenter les salaires des médecins et des infirmières et de les doter des fournitures et du matériel nécessaires pourrait donner un élan appréciable aux infrastructures de santé en Afrique.<sup>(37)</sup>

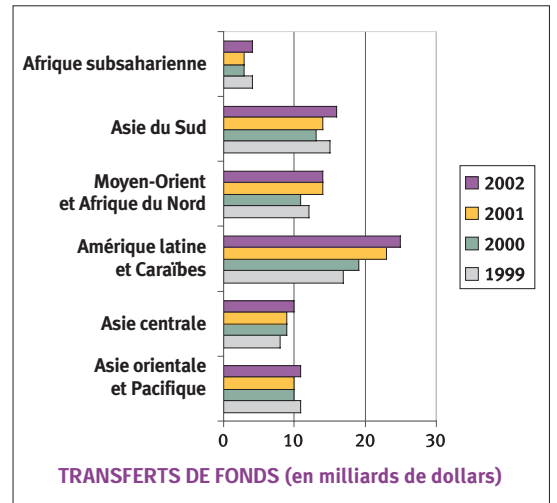
### ► INCIDENCES FINANCIÈRES

Compte tenu de l'investissement financier que représente pour les gouvernements la formation de personnel professionnel, la perte de nouveaux diplômés constitue une perte financière et humaine énorme pour les pays en question. Il y a de bonnes raisons de croire que cette pratique contribue à élargir le fossé qui sépare les pays riches des pays pauvres.<sup>(38)</sup> Nombreux sont ceux qui avancent que la portion de leur revenu que les travailleurs migrants internationaux envoient depuis leur pays d'emploi vers leur pays d'origine joue un rôle crucial dans les économies des pays d'origine.<sup>(39)</sup> Toutefois, dans la réalité, tous les migrants n'envoient pas d'argent chez eux.<sup>(40)</sup> Même lorsqu'ils le font, leur capacité à envoyer des fonds est souvent limitée par les aléas dus à la précarité de leur emploi dans leurs pays d'adoption.

Les fonds transférés par les travailleurs émigrés sont, après l'investissement étranger direct (IED), la deuxième source de financement extérieur pour les pays en développement. En 2001, ces fonds transférés par les travailleurs vers les pays en développement ont représenté US \$72,3 milliards, soit un montant beaucoup plus élevé que le montant total des mouvements officiels et des apports d'IED privé. Au cours de la dernière décennie, les fonds transférés par les travailleurs vers les pays en développement ont dépassé le montant total de l'aide mondiale au développement.<sup>(41)</sup>

En outre, dans le contexte de la migration des professionnels de la santé, rien n'atteste que les fonds transférés par les émigrants contribuent nécessairement aux investissements dans le domaine de la santé dans leur pays d'origine, en particulier du fait que les fonds transférés ne sont pas directement réinvestis dans le capital humain. Ainsi, même si la capacité économique d'un pays est renforcée à long terme, la perte à court terme de professionnels de la santé peut avoir une incidence négative sur les services assurés et sur l'accès à ces services dans les pays en développement.<sup>(42)</sup>

**GRAPHIQUE 2: FONDS TRANSFÉRÉS PAR LES TRAVAILLEURS ÉMIGRÉS VERS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT, PAR RÉGION, 1999-2002 (EN MILLIARDS DE DOLLARS)**



Source: Banque Mondiale, 2003 <sup>(43)</sup>

### ► RÉGLEMENTATION DES ÉCHANGES

La question de la migration des professionnels de la santé est d'autant plus d'actualité que se déroulent actuellement des négociations dans le cadre de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS), cadre juridique moyennant lequel les Membres de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) libéralisent progressivement le commerce des services, y compris les services liés à la santé.<sup>(44)</sup> On espère que les négociations qui ont commencé en 2000 entraîneront un développement du commerce des services de santé, mais seront aussi l'occasion d'attirer l'investissement étranger direct et de l'adapter aux priorités nationales en matière de santé.<sup>(45)</sup> Toutefois, il existe des risques associés à la libéralisation, étant donné que tous les pays ne sont pas prêts à transformer ces gains potentiels en progrès sur le plan de la santé pour la majorité de leur population.



©OIM/Alyanak 1995

Dans certains cas, le commerce des services de santé a aggravé les problèmes existants sur les plans de l'équité du financement des services de santé et de l'accès à ces services. Ainsi, les pays pauvres qui consacrent des ressources au traitement de patients étrangers peuvent, ce faisant, détourner des ressources qui pourraient servir à satisfaire des besoins intérieurs. En outre, les besoins des régions éloignées et des populations désavantagées tendent à être négligés, compte tenu du fait que les hôpitaux privés à but lucratif financés de l'étranger ciblent les marchés plus rentables.<sup>(46)</sup>

Une approche fondée sur les droits humains exige des gouvernements qu'ils évaluent l'impact potentiel de tout accord commercial sur la satisfaction des droits humains, en accordant une attention particulière aux groupes de population les plus vulnérables et aux groupes marginalisés.<sup>(47)</sup> Dans le contexte du droit humain à la santé, par exemple, cela signifierait évaluer l'impact de l'accord commercial concerné sur la disponibilité, l'accessibilité physique et économique, la qualité et l'acceptabilité, d'un point de vue culturel, des installations, biens et services en matière de santé, en accordant une attention particulière aux groupes de population les plus vulnérables.<sup>(48)</sup> Il faudrait démontrer que l'accord permettrait, en puissance, de promouvoir ou d'améliorer la satisfaction du droit à la santé.

En vertu de l'AGCS, une certaine flexibilité est ménagée aux pays pour qu'ils gèrent le commerce des services d'une façon qui respecte, protège et permette de satisfaire le droit à la santé en adoptant des stratégies de réglementation et des mécanismes de mise en oeuvre. L'obligation de l'Etat de protéger les droits humains signifie, par exemple, qu'il doit

veiller à ce que les acteurs non étatiques, tels que les entreprises privées, agissent conformément à la législation relative aux droits humains au sein de sa juridiction. En d'autres termes, les Etats sont tenus de faire en sorte que les tiers se conforment aux normes en vigueur en matière de droits humains en adoptant une législation, des politiques et d'autres mesures pour permettre un accès suffisant aux soins de santé, une information de qualité, etc., et fournir des moyens accessibles de compensation si les personnes se voient refuser l'accès à ces biens et services.<sup>(49)</sup> ◆

La libéralisation du commerce peut contribuer à améliorer la qualité et l'efficacité des prestations et/ou augmenter les rentrées de devises s'il existe des cadres réglementaires appropriés en matière de santé. Par exemple, les hôpitaux financés par des investisseurs étrangers peuvent fournir des services qui n'étaient pas disponibles auparavant. Les nouveaux hôpitaux peuvent aussi offrir des possibilités d'emploi attrayantes à des professionnels de la santé qui pourraient, sinon, quitter le pays. Les recettes provenant du traitement de patients étrangers peuvent être utilisées, par exemple, pour améliorer des installations qui bénéficient également à la population résidente.<sup>(50)</sup>

*OMS/OMC, Les Accords de l'OMC et la santé publique, p. 125.*

(46) Ibid., p. 126.

(47) Hunt P. Rapport du Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint. Genève, Conseil économique et social, Commission des Droits de l'Homme, E/CN.4/2003/58, paragraphes 82-85.

(48) Voir la référence sous la note de bas de page 17, paragraphe 12.

(49) Nygren-Krug H. 25 Questions et réponses sur la santé et les droits humains. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (Série Santé et droits humains, No 1), paragraphe 15.

(50) Voir la référence sous la note de bas de page 45, paragraphe 125.

## Partie 3:

# Incidence sur la santé des personnes déplacées

Cette partie examine les incidences sur la santé des personnes déplacées à la fois dans le contexte de la santé publique et pour ce qui est de la santé de l'individu. Elle examine les différents aspects de l'administration des migrations, parmi lesquels figurent la détention et le dépitage aux frontières.

### 6 - MIGRATION FORCÉE ET INCIDENCES SUR LA SANTÉ

#### ► LES PERSONNES DÉPLACÉES POUR DES RAISONS LIÉES AU DÉVELOPPEMENT

Une approche soucieuse des droits humains exige que tout projet de développement soit évalué dans l'optique de son incidence sur les droits humains, y compris le droit à la santé.<sup>(51)</sup> Malgré le fait que les politiques et les projets mis en oeuvre en principe pour améliorer «le développement» sont la principale cause de déplacement au niveau mondial, ce phénomène est souvent très peu reconnu et ne donne lieu qu'à un soutien ou à une aide extérieurs à la population touchée très limités.<sup>(52)</sup> Les projets de barrage déplacent à eux seuls près de 10 millions de personnes par an



© OIM/Lowenstein-Lom 2000

en moyenne.<sup>(53)</sup> Les minorités indigènes ou ethniques ainsi que les populations urbaines ou rurales défavorisées en subissent de manière disproportionnée les conséquences.<sup>(54)</sup>

Le barrage des Trois Gorges, d'une hauteur de 182 mètres, que construit actuellement la Chine sur le Yangtze, devrait avoir une incidence sur la santé et sur le sort de millions de personnes d'ici à 2009. Le lac de retenue déplacera au moins 1,3 million de personnes et aura, sur toute sa longueur, des conséquences directes sur la vie de 20 autres millions de personnes. Près du futur réservoir, la densité de la population, qui est pauvre et vit dans des conditions insalubres, est très élevée. Les services de santé, l'approvisionnement en eau et l'assainissement sont inappropriés et il y a une forte incidence du rhumatisme articulaire aigu, de l'hépatite B, de la pneumonie, de la rougeole et de la diarrhée. Parmi les autres risques pour la santé figure la possible réapparition d'infections endémiques telles que le paludisme, la paragonimose, la fièvre hémorragique épidémique à virus Hantaan avec syndrome rénal, l'encéphalite japonaise B et la leptospirose. La maladie de Keshan, une cardiomyopathie fréquemment mortelle chez les jeunes femmes et les enfants qui est liée à la pauvreté en sélénium des sols, à une infection entérovirale, à la moisissure des céréales et aux régimes alimentaires dans les régions endémiques, peut apparaître parmi les personnes déplacées. La fluorose due à l'utilisation non contrôlée de charbon contenant du fluor et aux eaux souterraines est également une menace. Il y a une importante concentration de main-d'œuvre et la vie nocturne active augmente le risque de transmission du VIH, un risque qui est encore accru par la prévalence de la gonorrhée qui se place au troisième rang des maladies infectieuses en Chine. La menace la plus grave tient au fait que la schistosomiase pourrait s'établir dans la zone du lac de retenue. Cette maladie parasitaire persiste le long du fleuve Yangtze malgré un programme de lutte vieux de 40 ans, les zones endémiques étant situées à 40 kilomètres seulement en dessous du barrage ainsi qu'à 500 kilomètres au dessus de Chongqing. Des épidémies de schistosomiase, de paludisme et d'autres infections parasitaires se sont déclarées autour de nombreux lacs de retenue créés par des barrages ailleurs dans le monde. Pourtant, aucun programme n'a été mis sur pied pour lutter contre ces menaces que représente le barrage des Trois Gorges pour la santé publique.

«Public Health and Public Choice: dammed off at China's Three Gorges?» Adrian Sleigh & Sukhan Jackson, *Lancet*, 351 (9114): 1449-1450, 16 mai 1998.

(51) Voir la référence sous la note de bas de page 47, paragraphes 82-85.

(52) Loughna S. *What is Forced Migration?* Oxford, Forced Migration Online (<http://www.forcedmigration.org/whatisfm.htm>).

(53) Ibid.

(54) Ibid.



©OIM/Alyanak 1995

## ► PERSONNES DÉPLACÉES ET RÉFUGIÉS

Dans les situations de conflit, le déplacement des populations signifie fréquemment que le personnel de santé est aussi déplacé, ce qui entraîne une désorganisation des services de santé et l'interruption d'un accès vital aux soins.<sup>(55)</sup> En conséquence, des maladies qui avaient auparavant été endiguées peuvent réapparaître sous forme d'épidémie. Par exemple, en Angola, la trypanosomiase qui, entre 1949 et 1974, avait chuté de 2500 à 3 cas, est réapparue, un Angolais sur trois risquant désormais de contracter la maladie.<sup>(56)</sup>

Il est de plus en plus fréquemment reconnu que les civils, et en particulier les femmes et les enfants, sont les principales victimes des conflits modernes, qu'ils soient blessés, déplacés, traumatisés ou tués.<sup>(57)</sup> Certes les hommes sont les combattants, mais les femmes, les enfants et les personnes âgées vivent une existence éprouvante, et il n'est pas suffisamment fait pour les protéger de la violence, de l'exploitation et des brutalités liées aux guerres.

Les femmes et les filles encourent des risques énormes pour leur santé dans les camps de réfugiés, où elles sont fréquemment les victimes de violences sexuelles, même de la part des gardiens. Une étude menée à bien parmi un groupe de réfugiés burundais en Tanzanie a montré que 25% des femmes du camp de Kanembwa avaient subi des violences sexuelles.<sup>(58)</sup>

## ► LES DEMANDEURS D'ASILE

Les réfugiés et les demandeurs d'asile arrivant dans les pays d'asile ont souvent subi de graves chocs et traumatismes. Nombre d'entre eux sont susceptibles de souffrir de troubles post-traumatiques (PTSD), d'anxiété et de la perte de membres de leur famille. Dans de nombreux cas, il est possible qu'ils aient également subi des

actes de torture et d'autres violences, y compris des violences sexuelles. Des incapacités psychosociales, à la fois à court et à long terme, sont à prévoir parmi les populations déplacées, et leur capacité à s'adapter aisément et activement aux pays d'accueil peut être amoindrie.<sup>(59)</sup>

La British Medical Association a critiqué le durcissement de l'attitude vis-à-vis des demandeurs d'asile en Grande-Bretagne.<sup>(60)</sup> Confrontée aux problèmes des risques pour la santé publique si les arrivants ne font pas l'objet d'un examen médical approprié, l'Association déplore le manque de temps dont disposent les médecins pour établir une relation de confiance avec les survivants de traumatismes et d'actes de torture, l'absence de soutien en vue d'un traitement des problèmes fréquents de santé mentale et le fait que le système actuel signifie que des personnes vulnérables arrivent pour être traitées sans aucune mise en garde, sans planification et sans soutien linguistique. Les médecins prodiguant les premiers soins déploient des efforts considérables pour soigner des personnes qui disent avoir souffert d'actes de torture, de viols ou de traumatismes physiques et psychologiques graves.<sup>(61)</sup>

## ► LES MIGRANTS FAISANT L'OBJET D'UN TRAFIC ILLICITE

L'introduction de restrictions plus rigoureuses à l'entrée pour les migrants d'une manière générale a conduit à une augmentation du nombre de personnes s'efforçant d'entrer dans les pays de façon non officielle. Un grand nombre de migrants meurent chaque année alors qu'ils font l'objet d'un trafic illicite par voie terrestre ou maritime: ainsi peut-on citer les exemples tragiques de 356 personnes noyées alors que l'embarcation surchargée qui les transportait a coulé au large des côtes de

(55) *Health and Social Status of Internally Displaced People in Bosnia and Herzegovina*. Genève, Centre international pour la Migration et la Santé, 1996, p. 7.

(56) *Health Impact of Large Post-Conflict Migratory Movements - the Experience of Mozambique*. Rapport de la Conférence de Maputo, 20-22 mars 1996. Genève, Organisation internationale pour les Migrations, 1996, p. 11.

(57) *State of the World's Mothers*. Washington DC, Save the Children, 2003 ([http://www.savethechildren.org/mothers/report\\_2003/index.asp](http://www.savethechildren.org/mothers/report_2003/index.asp), accessed 23 March 2004), p. 1.

(58) Carballo M. *Migrants, Displaced People and Violent Behaviour: a growing public health challenge*. Genève, Centre international pour la Migration et la Santé, 1999.

(59) «Au lieu de veiller à la réadaptation des personnes fuyant l'oppression et de fournir un environnement propice à celle-ci, les gouvernements en sont venus à recréer, à grands frais, l'environnement fait de menaces et de craintes que ces personnes ont fui.» Silove D, Steele Z, Mollica RF. Detention of asylum seekers: assault on health, human rights and social development. *Lancet*, 2001, Vol. 357; pp. 1436-37.

(60) *Asylum seekers & their health*. London, British Medical Association, 2003 ([http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/asylum\\_seekershealth](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/asylum_seekershealth)).

(61) Doctors and Asylum Seekers. In: British Medical Association, eds. *The Medical Profession and Human Rights: A Handbook for a Changing Agenda*. London, Zed Books, 2001:382-412.

l'Indonésie en 2001<sup>(62)</sup> ou de migrants chinois morts par asphyxie dans la remorque d'un camion dans le port britannique de Douvres en 2000.<sup>(63)</sup>

### ► VICTIMES DE TRAFIC ILLICITE

Les trafiquants utilisent des tactiques de coercition, parmi lesquelles la tromperie, la fraude, l'intimidation, l'isolement, la menace et l'utilisation de la force physique ainsi que la servitude pour dettes pour asservir leurs victimes. Les conséquences négatives sur la santé des victimes du trafic illicite, qui sont en grande majorité des femmes et des enfants, sont notamment les suivantes: une plus grande vulnérabilité, une capacité moindre à faire des choix positifs en termes de santé; l'exposition à des risques sur le plan de la santé et aux maladies infectieuses, en particulier pour ceux dont les conditions de vie sont précaires; la violence physique ou des conditions de servitude dans le cadre du travail; les incidences sur la santé génésique et sexuelle, y compris les infections sexuellement transmissibles, les grossesses non désirées, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions, la stérilité et le VIH/SIDA; ainsi que les incidences sur la santé mentale et l'équilibre affectif.<sup>(64)</sup>

## 7 - LA DÉTENTION DES MIGRANTS ET LES MENACES QU'ELLE FAIT PESER SUR LEUR SANTÉ

Généralement, les gouvernements considèrent les migrants arrivants plus comme un problème que comme une chance. Pour faire face à l'afflux de ces migrants, de nombreux pays d'accueil ont établi des centres de détention pour migrants afin de traiter, d'examiner et de gérer les demandes des migrants avant de les autoriser à s'installer dans le pays d'accueil, dans le meilleur des cas.

Au moment de la crise économique qu'a connue la Corée du Sud à la fin des années 90, il y avait 90 000 migrants sans papiers dans le pays. Des milliers d'entre eux ont alors reçu l'ordre de quitter le pays ou bien de payer une amende, alors que nombre d'entre eux étaient sans emploi et donc incapables de payer cette amende. Les migrants étaient fréquemment détenus dans des conditions inhumaines, dans des cellules surpeuplées, avant d'être déportés.

Amnesty International Index, ASA 25/02/99.  
Amnesty International, février 1999.

Compte tenu de l'incapacité et/ou de la réticence des pays hôtes à investir de manière significative dans la santé et les installations sanitaires pour les centres de détention et les camps de réfugiés, bon nombre de ces camps sont surpeuplés, et les conditions de vie y sont propices à la transmission des maladies contagieuses. Les réfugiés

fuyant la guerre ou d'autres catégories de migrants tels que ceux qui ont été victimes de trafic illicite peuvent souffrir de troubles post-traumatiques, ce qui est susceptible d'entraîner une augmentation des actes d'agression, la situation étant elle-même exacerbée par les conditions de vie dans ces centres et par la façon dont les migrants sont traités. La question de savoir si la manière dont elles sont traitées a une incidence sur les personnes concernées à long terme - et comment - n'apparaît pas clairement, mais l'«engagement idéologique» des enfants concernés, lorsqu'il est combiné à des troubles post-traumatiques (PTSD), peut se traduire par des tendances à la violence plus tard au cours de leur vie et être à l'origine d'actes de violence dans les sociétés d'accueil et à l'encontre de celles-ci.<sup>(65)</sup>

Il a également été constaté que la détention avait une incidence négative sur la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé, comme sur le droit à l'intimité. Par exemple, il a été établi que les consultations avaient parfois lieu en présence des gardes, que l'accès aux soins médicaux devait, en dehors des périodes prévues, être négocié avec le personnel et que les rendez-vous pouvaient être annulés faute de personnel d'encadrement officiel disponible.<sup>(66)</sup>

Dans de nombreux pays occidentaux qui reconnaissent la nécessité d'une détention minimum pendant qu'ont lieu l'identification et les examens sanitaires, la tendance est désormais à la libération au sein de la communauté.<sup>(67)</sup> De fait, un système en trois volets allant de la détention en établissement fermé puis ouvert à la mise en liberté au sein de la communauté, ou une combinaison de ces solutions, est probablement souhaitable partout. Il peut en effet s'avérer moins coûteux et certainement plus humain de permettre aux nouveaux arrivants de vivre avec des proches ou des amis, sous réserve de l'obligation de rendre compte et/ou d'une caution, les besoins en logements publics s'en trouvant réduits.<sup>(68)</sup>

### DE LA PERSECUTION À LA PRISON: LES CONSÉQUENCES DE LA DÉTENTION SUR LA SANTÉ DES DEMANDEURS D'ASILE

Une récente étude de l'association Physicians for Human Rights portant sur les demandeurs d'asile en détention sur l'ensemble du territoire des États-Unis laisse penser que la détention est un important facteur de stress pour les demandeurs d'asile, qui se traduit par une aggravation des symptômes psychologiques. Les demandeurs d'asile en détention ne semblent pas recevoir les soins appropriés dans le domaine de la santé mentale. En outre, cette étude s'inquiète de la manière dont les demandeurs d'asile sont traités à la fois au moment de leur arrivée dans le pays et pendant leur détention.<sup>(69)</sup>

(62) Rodríguez Pizarro G. Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants. Genève, Conseil économique et social, Commission des Droits de l'Homme, E/CN.4/2002/94, 2002, paragraphe 32.

(63) *Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée: Protocole contre le trafic illicite de migrants par terre, air et mer*. Vienne, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, 2000 (<http://www.unodc.org/palermo/smugg.htm>, accessed 24 March 2004).

(64) Phinney A. *Trafficking of Women and Children for Sexual Exploitation in the Americas*. Washington, DC, Women, Health and Development, Organisation panaméricaine de la Santé, 2001, pp. 4-6.

(65) Voir la référence sous la note de bas de page 58, paragraphes 12-13.

(66) Loff B. Detention of Asylum Seekers in Australia. *Lancet*, 2002, pp. 359-792.

(67) La Suède, par exemple, met les arrivants en détention pour vérifier leur identité, mais la plupart des personnes détenues sont relâchées dans un délai très bref, en particulier s'ils ont de la famille ou des amis vivant en Suède. Dans ce pays, un enfant ne peut pas être détenu plus de 6 jours. *Refugee Fact Sheet: Question and Answer*. Sydney, Amnesty International Australie, 2001 ([http://www.amnesty.org.au/whats\\_happening/refugees/resources/fact\\_sheets/General\\_Questions](http://www.amnesty.org.au/whats_happening/refugees/resources/fact_sheets/General_Questions), accessed 24 March 2004).

(68) *Alternatives to detention*. Glebe, The Refugee Council of Australia ([http://www.refugeecouncil.org.au/html/current\\_issues/alternative.51.html](http://www.refugeecouncil.org.au/html/current_issues/alternative.51.html), accessed 24 March 2004).

(69) *From Persecution to Prison: The Health Consequences of Detention for Asylum Seekers*. Boston and New York City, Physicians for Human Rights (PHR) and the Bellevue/NYU Program for Survivors of Torture, 2002.

## 8 - LE DÉPISTAGE AUX FRONTIÈRES

Le droit international reconnaît le droit qu'a toute personne de quitter son pays.<sup>(70)</sup> Toutefois, il n'existe pas d'obligation correspondante pour un Etat d'autoriser l'entrée sur son territoire. En conséquence, les visas permettant de quitter un territoire ont été éliminés dans presque tous les pays, tandis que, pour les ressortissants de certains pays, des visas d'entrée sont régulièrement introduits.

Traditionnellement, les questions d'immigration ont été considérées comme relevant de la souveraineté nationale. Les gouvernements de nombreux pays adoptent actuellement une approche restreignant l'immigration. Aussi les migrations actuelles ont-elles pour toile de fond une plus grande discrimination et une hostilité empreinte de xénophobie à l'égard des migrants ainsi que des politiques nationales qui rendent l'entrée, l'intégration sociale et le bien-être des migrants plus difficiles. Les attaques terroristes du 11 septembre 2001 qui ont été suivies d'un renforcement des mesures de sécurité nationale ont contribué à durcir ce type d'attitude et à apporter de l'eau au moulin des partisans de politiques d'immigration restrictives.<sup>(71)</sup>

La discrimination fondée sur l'état de santé est de plus en plus fréquemment proscrite dans le cadre de la législation internationale sur les droits de l'homme.<sup>(72)</sup> Il y est moins explicitement fait référence dans les traités internationaux relatifs aux droits de l'homme par comparaison, par exemple, avec les dispositions relatives au sexe, à la race ou à la religion. Toutefois, l'état de santé est largement reconnu comme inclus dans l'expression «ou toute autre situation» et est en conséquence l'un des motifs prohibés de discrimination.

Etablir le profil des migrants en fonction de leur état de santé est une pratique courante. Certains gouvernements utilisent le dépistage comme un moyen d'obtenir des renseignements nécessaires pour orienter les migrants vers des soins de santé; toutefois, d'autres ont tendance à utiliser ce dépistage pour bloquer l'entrée dans le pays. En Suisse, par exemple, les travailleurs temporaires officiels font l'objet d'un dépistage pour détecter les maladies courantes au moment de leur entrée dans le pays et avant la délivrance des contrats de travail mais, dans le cas des infections les plus aisément guérissables, y compris la tuberculose, le traitement est offert par l'Etat.<sup>(73)</sup> Selon le Département d'Etat américain, environ 60 pays exigent des étrangers qu'ils fassent un test VIH avant l'entrée dans le pays s'il s'agit de visiteurs à long terme, tels que les étudiants et les travailleurs.<sup>(74)</sup> Il ressort des données factuelles disponibles que le dépistage du VIH n'a pas sa place parmi les procédures de dépistage à l'entrée dans un pays, étant donné que les données épidémiologiques disponibles sur la transmission et l'histoire naturelle du VIH montrent que le fait de permettre à des migrants contaminés par le VIH de pénétrer dans un pays n'augmente pas le risque pour la population locale.<sup>(75)</sup> En 1994 déjà, un rapport de l'OMS démontrait l'inef-

ficacité et le caractère contre productif des restrictions en matière de voyages pour les trois raisons suivantes<sup>(76)</sup>: 1) le VIH est déjà présent dans chaque pays du monde; 2) il est impossible de fermer les frontières de manière efficace et permanente; et 3) dans la mesure où les personnes vont craindre l'application des restrictions, elles peuvent pénétrer ou rester illégalement dans le pays et, compte tenu de leur statut de clandestin, il est alors peu probable qu'elles aient recours aux mesures d'intervention préventives. Le document de l'OMS poursuivait en indiquant qu'il existait deux vues divergentes sur le lien entre les questions économiques et les restrictions aux voyages des personnes contaminées par le VIH/SIDA. Selon l'une de ces opinions, ces procédures de dépistage n'étaient pas justifiables d'un point de vue économique. Selon l'autre opinion, si ces procédures de dépistage obéissaient à des raisons économiques, le VIH/SIDA ne devait pas faire l'objet d'une distinction par rapport à d'autres maladies comparables.<sup>(77)</sup>

Dans le cas de maladies hautement infectieuses telles que le SRAS,<sup>(78)</sup> qui représente une menace immédiate pour la santé du grand public, le dépistage au départ peut être un important moyen de protéger la santé publique. Compte tenu du fait qu'il est impossible de fermer hermétiquement les frontières nationales ou de ralentir de manière significative les migrations et que les personnes porteuses d'une maladie peuvent ne pas être conscientes de leur état de santé, la surveillance dans le cadre de la santé publique des personnes présumées infectées et de leurs proches peut représenter la stratégie la plus efficace.<sup>(79)</sup> Dans la pratique, cela peut vouloir dire ouvrir davantage les portes à une immigration/des migrations légale(s) et régulière(s), en prévoyant un dépistage des maladies hautement infectieuses et en appliquant les mesures d'isolement et de quarantaine de manière appropriée, conformément aux principes de Syracuse.<sup>(80)</sup> ◆

Seules certaines conditions fixées par les instruments juridiques internationaux relatifs aux droits humains peuvent justifier les limitations à l'exercice de certains droits humains. Ces conditions, connues sous le nom de «principes de Syracuse», sont notamment les suivantes:

1. la restriction est décidée et appliquée conformément à la loi;
2. la restriction est conforme à un objectif légitime d'intérêt général;
3. la restriction est strictement nécessaire dans une société démocratique pour atteindre cet objectif;
4. il n'existe pas d'autre moyen moins interventionniste et restrictif pour atteindre le même objectif;
5. la restriction n'est pas imposée arbitrairement, c'est-à-dire de manière déraisonnable ou discriminatoire; et
6. la restriction est limitée dans le temps et soumise à un réexamen.

(70) Déclaration universelle des droits de l'homme (10 décembre 1948) (désignée ci-après sous l'acronyme DUDH), article 13.2).

(71) *The Aftermath of September 11 - The Tightening of Immigration Policies*, Valencia, Statement by Human Rights Watch on the occasion of the Euro-Mediterranean Civil Forum, 13 avril 2002 (<http://www.hrw.org/press/2002/04/valenciaspeech0413.htm>, accessed 14 April 2004).

(72) Le principe a été réaffirmé dans l'Observation générale N° 14 et dans les résolutions de la Commission des Nations Unies sur les Droits de l'Homme. Voir les résolutions E/CN.4/RES/1997/33, E/CN.4/RES/1999/49 et E/CN.4/RES/2001/51 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).

(73) Braunschweig S, Carballo M, *Health and Human Rights of Migrants*. Genève, Centre international pour la Migration et la Santé, 2001.

(74) *Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing Requirements for Entry into Foreign Countries*. Washington, DC, Département d'Etat américain, Mars 2003 (<http://travel.state.gov/HIV/testingreqs.html>).

(75) Matteelli A, El-Hamad I, *Asylum Seekers and Clandestine Populations*. In: Haour-Knipe M, Rector R, eds. *Crossing Borders: Migration Ethnicity and AIDS*. Bristol, Taylor & Francis, 1996, 184-185.

(76) Programme mondial de lutte contre le SIDA de l'OMS. *Report of the Preparatory Meeting for a Consultation on Long Term Travel Restrictions and HIV/AIDS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994, p. 6.

(77) *Ibid.*, 7.

(78) Syndrome respiratoire aigu sévère.

(79) Spiro P. The legal challenges SARS poses. *CNN Findlaw*, 29 April 2003 (<http://edition.cnn.com/2003/LAW/04/29/findlaw.an.alysis.spiro.sars/>).

(80) Nations Unies, Conseil économique et social, Sous-Commission des Nations Unies de la Lutte contre les Mesures discriminatoires et de la Protection des Minorités, principes de Syracuse concernant les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques qui autorisent des restrictions ou des dérogations, document des Nations Unies E/CN.4/1985/4 (1985), annexe.

## Partie 4: Santé et droits humains des migrants dans le pays d'accueil



©OIM/Alyanak 1995

Cette partie examine certaines des questions relatives à la santé et aux droits humains auxquels les migrants sont confrontés une fois dans le pays d'accueil. Elle s'intéresse en particulier aux catégories les plus vulnérables de migrants et souligne certains des principaux défis à relever pour améliorer et protéger leur droit à la santé.

Le degré de vulnérabilité dans lequel se trouvent les migrants dépend d'un large ensemble de facteurs, qui va de leur statut juridique à leur environnement général. Nous présentons ci-après certains éléments clés qui sont directement ou indirectement liés à la satisfaction des droits humains individuels et peuvent avoir une influence sur la santé et le bien-être des migrants.

«C'est à l'empressement des pays riches à accueillir les migrants et à la façon dont ils les traitent que sera mesuré leur attachement à l'égalité entre les individus et à la dignité humaine. Leur capacité de s'adapter aux changements découlant de la migration sera un indicateur de leur volonté d'accepter les obligations qu'entraîne la mondialisation au même titre que les chances qu'elle offre et de leur conception d'une citoyenneté mondiale. Et leur attitude envers la question sera également un critère de la conscience qu'ils ont des enseignements et des obligations de l'histoire.»<sup>(81)</sup>

### ► ACCESSIBILITÉ ET STATUT JURIDIQUE

L'un des facteurs déterminants les plus importants quant aux difficultés rencontrées par les migrants pour accéder aux services de santé tient à la question de leur statut juridique dans le pays. Il convient par conséquent de commencer cette analyse en étudiant les questions relatives à la santé et aux droits humains lorsqu'il s'agit de migrants sans papiers ou en situation irrégulière.

Les lois et les politiques qui empêchent les migrants d'accéder aux services sociaux, y compris aux soins de santé, sur la base de leur statut au regard de l'immigration s'appuient sur l'idée - qu'ils contribuent à véhiculer -, selon laquelle les migrants en situation irrégulière eux-mêmes sont les premiers responsables de leur situation précaire, qu'il serait coûteux pour le contribuable de leur offrir des services de santé et que le fait de les exclure des avantages sociaux permettra de décourager les futurs migrants dépourvus de titre de séjour. On considère par conséquent fréquemment que l'Etat fait oeuvre de charité ou de «générosité» en autorisant l'accès aux services de santé aux migrants en situation irrégulière. Cependant, conformément à la législation sur les droits humains, les gouvernements ont des obligations juridiques vis à vis de la santé de chaque personne relevant de leur juridiction.

<sup>(81)</sup> Allocution prononcée par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, Kofi Annan, à l'occasion de la Conférence Emma Lazarus sur les mouvements internationaux d'êtres humains, 21 novembre 2003. New York, NY, Nations Unies, 2003 (communiqué de presse SG/SM/9027 ; <http://www.un.org/News/Press/docs/2003/sgsm9027.doc.htm>).



© OIM/Lowenstein-Lom 2000

Un migrant atteint du VIH/SIDA, M. D., a avec succès fait appel d'un arrêté d'expulsion vers Saint-Kitts, un Etat insulaire des Caraïbes, prononcé par le Royaume-Uni, en avançant que son expulsion l'exposerait à un traitement inhumain et dégradant, en violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. En appel, la Cour européenne des droits de l'homme s'est prononcée en faveur de M. D., déclarant qu'il y avait violation de l'article 3 étant donné que l'expulsion de M. D. vers Saint-Kitts se traduirait par l'arrêt brutal du traitement médical permettant de prolonger sa survie, compte tenu de l'incapacité de ce pays à fournir un traitement antirétroviral approprié. Tout en notant que les circonstances étaient dans cette affaire exceptionnelles, la Cour a constaté que les protections contre le traitement inhumain ou dégradant contenues dans l'article 3 avaient un caractère absolu et devaient être appliquées quelle que soit la nature du comportement de l'expulsé potentiel.

(Affaire D c. *Royaume-Uni*, Recueil 1997, vol. III)

Bien que les droits humains s'appliquent à chacun sur le territoire d'un Etat, un traitement différencié pour des motifs de nationalité est dans certaines circonstances autorisé.<sup>(82)</sup> Toutefois, en vertu de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, les gouvernements ne peuvent faire de discrimination entre non ressortissants ni favoriser certaines nationalités par rapport à d'autres.<sup>(83)</sup>

L'embauche de migrants en situation irrégulière peut être encouragée par des politiques gouvernementales restrictives qui n'obligent pas les employeurs à fournir une protection en matière de santé à ces migrants, cette main-d'oeuvre devenant alors moins coûteuse que le recrutement de ressortissants du pays qui requièrent une assurance médicale.

Cependant, le droit international relatif aux droits de l'homme comme les impératifs de santé publique exigeraient que les migrants en situation irrégulière bénéficient au moins d'un niveau minimum de protection en matière de santé publique. Néanmoins, les traités internationaux qui reconnaissent expressément les droits à la santé des migrants en situation irrégulière ne sont que deux: la Convention sur les travailleurs migrants (1990) et la Convention sur les organisations de travailleurs ruraux (1975). Il convient également de noter que, dans son interprétation du droit à la santé, le Comité des Droits économiques, sociaux et culturels a déclaré que les Etats ont l'obligation de respecter le droit à la santé «en s'abstenant de refuser ou d'amoinrir l'égalité d'accès – pour des motifs économiques, physiques et culturels – de toutes les personnes, dont... les demandeurs d'asile et les immigrants en situation irrégulière, aux soins de santé prophylactiques, thérapeutiques et palliatifs».<sup>(84)</sup>

La Convention internationale de 1990 sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille confère à tous les travailleurs migrants et aux membres de leur famille, qu'il s'agisse de migrants en situation régulière ou irrégulière, le droit de recevoir les soins médicaux d'urgence. Toutefois, elle ne prévoit pas que les migrants en situation irrégulière doivent bénéficier de mesures de prévention contre les maladies telles que les diagnostics précoces et le suivi médical.



© OMS/Virot

(82) Affaire *Nottebohm* (Liechtenstein v. Guatemala) (1951-1955) CJI, Recueil 1955, p. 4.

(83) Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (adoptée le 21 décembre 1965, entrée en vigueur le 4 janvier 1969) (ci-après CIEDR). L'article 1.1) stipule: l'expression «discrimination raciale» vise toute distinction, exclusion, restriction ou préférence fondée sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique...». Il précise en outre que la Convention «ne s'applique pas aux distinctions, exclusions, restrictions ou préférences... selon qu'il s'agit de ses ressortissants ou de non-ressortissants» (article 1.2)). Il exige néanmoins des Etats qu'ils veillent à ce que «ces dispositions ne soient pas discriminatoires à l'égard d'une nationalité particulière» (article 1.3)).

(84) Voir la référence sous la note de bas de page 17, paragraphe 34.

Il y a d'importants points communs dans les objectifs poursuivis par les gouvernements dans le domaine de l'immigration irrégulière. Les réponses politiques et juridiques apportées peuvent toutefois différer largement. L'expérience de la France et de l'Angleterre en est un exemple, témoignant d'approches différentes de la question des droits sociaux pour les migrants en situation irrégulière, avec des conséquences sensibles sur la santé publique et les droits humains:

La France a, depuis l'adoption de la loi de 1893, une tradition vieille de plus d'un siècle de garantie d'un libre accès des communautés défavorisées aux soins de santé, quels que soient leur statut juridique ou leur nationalité. En 1999, l'Assemblée nationale française a adopté la couverture maladie universelle (CMU) qui vise à fournir un accès identique aux soins de santé à toutes les personnes économiquement faibles. La CMU subordonne l'accès aux soins de santé à une résidence stable et régulière dans le pays, excluant ainsi les migrants en situation irrégulière du bénéfice de sa protection. L'accès des migrants en situation irrégulière aux consultations, ordonnances et traitements gratuits a néanmoins été maintenu par l'intermédiaire de l'Aide médicale de l'Etat (AME). Toutefois, une modification apportée à la loi en 2002 requiert des bénéficiaires de l'AME qu'ils contribuent à leur traitement, ce qui, comme certains le craignent, pourrait dissuader les migrants en situation irrégulière de chercher à obtenir une aide médicale, exacerbant par là même leur vulnérabilité. Faisant l'objet de vives critiques, le Gouvernement a pour l'instant suspendu la mise en oeuvre de la réforme de l'AME. Malgré cette reconnaissance de la responsabilité du Gouvernement de fournir des soins de santé aux migrants en situation irrégulière, de nombreux obstacles empêchent cet accès dans la pratique: le manque de publicité et de connaissance de ce droit dans la communauté des migrants; la crainte de l'expulsion; des procédures complexes; et les lourdes contraintes qui pèsent sur les ressources hospitalières.

L'Angleterre a adopté une approche différente en ne traitant pas explicitement du droit à la santé des migrants en situation irrégulière dans sa législation. Le droit de bénéficier du «National Health Service» (NHS) anglais repose sur la question de savoir si une personne a «sa résidence habituelle» au Royaume-Uni. En tant que «visiteurs étrangers», les migrants en situation irrégulière doivent en principe supporter le coût des services hospitaliers et n'ont droit qu'à un traitement limité dans le cadre du NHS. En outre, pour ce qui est des traitements non urgents, les médecins généralistes sont libres de décider s'ils fourniront le traitement dans le cadre du NHS ou sur la base d'un paiement privé. La plupart des migrants en situation irrégulière ne sont pas en mesure de payer comme un patient privé pourrait le faire.

Les expériences française et anglaise de l'immigration irrégulière varient largement dans leurs manifestations politiques et juridiques. Toutefois, l'accès des migrants en situation irrégulière aux soins de santé est dans chaque système inapproprié. Tandis que la législation française stigmatise les migrants en situation irrégulière en n'autorisant l'accès aux soins que par l'intermédiaire d'un système complexe et sélectif, la législation anglaise rend l'accès aux soins de santé incertain en restant silencieuse sur la question.

*Sylvie Da Lomba, Fundamental social rights for irregular migrants: a case study of irregular migrants' right to health care in France and England, University of Leicester, Royaume Uni, étude présentée lors de la Conférence intitulée "Irregular Migration And Human Rights" (Migrations irrégulières et droits humains), 29 juin 2003.*

Les programmes nationaux de soins de santé font fréquemment une discrimination à l'encontre des migrants temporaires (la plupart des migrants relèvent à un moment donné de cette catégorie) et en particulier ceux d'entre eux qui sont dépourvus de papiers, en autorisant uniquement l'accès aux soins d'urgence pour les non-ressortissants.<sup>(85)</sup> Cela oblige les migrants à attendre jusqu'à ce qu'ils aient le sentiment que leur état est suffisamment grave pour justifier de se présenter aux services d'urgence. Des problèmes mineurs qui auraient pu être traités à un stade précoce peuvent ainsi devenir plus graves et, par conséquent, plus coûteux à traiter. Cependant, la plupart des migrants sans papiers s'efforcent, dans un premier temps, de résoudre les problèmes eux-mêmes par l'automédication ou en ayant recours à des personnes qui ne sont pas des professionnels de la santé au sein de leur communauté.<sup>(86)</sup> La pression qui en résulte pour les services de soins d'urgence et, en conséquence, l'utilisation inefficace des services de santé n'ont pas dissuadé les responsables politiques de maintenir de telles politiques.

Il est fréquent que les travailleurs migrants ne soient pas visés par les programmes de santé financés par l'Etat et, souvent, ils ne sont pas en mesure de s'offrir une assurance privée. En conséquence, même dans les pays très riches, l'état de santé des travailleurs migrants est généralement médiocre; un grand nombre d'entre eux ne sont pas assurés et ils sont fréquemment mal informés des programmes qui peuvent les protéger. Lors d'une étude effectuée parmi les travailleurs agricoles migrants en Californie, dont la majorité était des jeunes Mexicains mariés ayant un faible niveau d'éducation, il est apparu que les pourcentages d'asthme, d'accidents vasculaires cérébraux, de maladies cardiaques et de diabète étaient élevés. Près de 20% de ces hommes étaient exposés au risque d'hypercholestérolémie, d'hypertension ou d'obésité, et nombre d'entre eux souffraient d'anémie grave. Environ 30% d'entre eux n'étaient jamais allés chez un médecin, plus de la moitié n'avaient jamais vu un dentiste, 75% d'entre eux n'avaient pas d'assurance-santé et seuls 7% de ces hommes bénéficiaient des programmes d'assurance destinés aux faibles revenus financés par le Gouvernement. En outre, tandis que 20% avaient souffert de traumatismes liés au travail qui auraient dû leur donner droit à une indemnisation, seuls 30% de l'ensemble des travailleurs avaient connaissance de ces programmes.<sup>(87)</sup>

(85) Verbruggen N, ed. *Health Care for Undocumented Migrants: Germany, Belgium, the Netherlands, United Kingdom*. Brussels, Platform for International Cooperation in Undocumented Migrants (PICUM), 2001.

(86) *Ibid.*, p. 37.

(87) Hanson P. *Migrant Farmers «Suffering in Silence»: California Farmers Look at Problems and Solutions. The Hispanic Outlook on Higher Education: Ethnic Newswatch*, 2002, pp. 12(17) à 28.

La crainte que les agents de santé aient des liens avec les autorités chargées de l'immigration est un autre facteur qui peut tout à fait dissuader les migrants en situation irrégulière de chercher à obtenir des soins et un traitement. Lorsque ce lien existe, il peut faire fuir les migrants en situation irrégulière cherchant à obtenir un accès aux services de soins. De tels liens peuvent aussi compromettre l'engagement des professionnels de la santé à respecter le droit à la vie privée de ceux qui recherchent des soins. La confidentialité sur le plan professionnel doit être encouragée et protégée par la loi, et les professionnels de la santé doivent être soutenus dans leur défense de ce principe dans le contexte de leur travail avec les migrants sans papiers. Dans la pratique, si les professionnels de la santé sont souvent peu enclins à divulguer des renseignements médicaux, ils sont cependant prêts à révéler le nom d'une personne qu'ils soignent. Il est par conséquent essentiel de préciser que la confidentialité médecin/patient est un principe fondamental.<sup>(88)</sup>

Dans la perspective des droits humains, les gouvernements devraient encourager l'indépendance de la profession médicale. La responsabilité de cette profession doit d'abord et avant tout être de défendre la santé en tant que droit humain. Former les travailleurs de la santé aux droits humains pour ce qui est des migrants en situation irrégulière pourrait être un moyen utile d'apporter des réponses à certains des problèmes dans le secteur de la santé. Des efforts devraient également être faits pour veiller à ce que la politique publique et la législation promeuvent l'accès de tous aux soins préventifs et curatifs de base, et dissocient clairement un tel accès de l'application de la législation sur l'immigration.

Depuis le début de la mondialisation et l'augmentation qui s'en est suivie dans les migrations internationales, «... il est de plus en plus largement admis que 'ce qui se passe près de chez vous peut aussi arriver chez vous'. Le 'village mondial' est bien plus qu'un marché mondial. Dans le village mondial, il n'y a qu'une seule santé publique mondiale. A cet égard, le cas de la tuberculose est un bon exemple: en Australie, à Hong Kong (Chine), en Malaisie et à Singapour, le nombre des cas de tuberculose n'a pas baissé depuis plusieurs années, à cause de l'incidence de la tuberculose chez les nouveaux immigrants».

ONUSIDA/OIM, *Le droit des migrants à la santé (2001)*, p. 28.

Dans le cas des maladies infectieuses, une législation prévoyant un accès universel aux soins et au traitement a été mise en oeuvre dans certains pays. Par exemple, la nouvelle loi relative aux maladies contagieuses en Allemagne requiert que certaines maladies infectieuses, telles que la tuberculose, soient diagnostiquées et traitées de manière anonyme et gratuite dans les établissements de santé publique.<sup>(89)</sup> Toutefois, pour d'autres problèmes de santé tels que la santé mentale, dont les avantages pour le grand public ne sont pas directement évidents, les services sont rarement mis à la disposition des migrants en situation irrégulière.<sup>(90)</sup>

« Les initiatives de santé publique sont, de par les intentions qui sont à leur origine et leur conception, universelles, et la protection de la santé publique exige que l'ensemble de la communauté y ait accès. Les restrictions quant à l'accès aux services qui seraient imposées aux immigrants limiteraient gravement l'efficacité des programmes de proximité, de dépistage, de prévention et de traitement liés aux maladies infectieuses.»<sup>(91)</sup>

Le problème de l'accès aux services ne se limite pas aux migrants en situation irrégulière. Même les migrants en situation régulière peuvent être exclus des prestations et services publics lorsque l'accès à ceux-ci est limité aux citoyens et résidents permanents. Par exemple, les immigrants en situation régulière qui sont arrivés aux États-Unis depuis l'adoption de la «Personal Responsibility and Work Opportunity Act» en 1996 ne peuvent bénéficier de l'aide médicale qu'après cinq ans de résidence non interrompue.<sup>(92)</sup>

Le Parlement européen envisage d'élargir les dispositions en vertu desquelles un ressortissant d'un pays tiers qui réside de manière régulière dans un Etat Membre et qui souhaiterait travailler dans un autre Etat Membre pourra bénéficier du transfert des droits acquis au titre d'un régime de sécurité sociale. Cela permettrait finalement de combler une lacune de la législation et représente une nouvelle étape nécessaire et importante pour garantir l'égalité de traitement aux ressortissants de pays tiers résidant dans un Etat Membre.<sup>(93)</sup>

(88) Voir la référence sous la note de bas de page 85, paragraphe 90.

(89) *Ibid.*, p. 38.

(90) *Ibid.*, p. 43.

(91) Committee on Community Health Services. Health Care for Children of Immigrant Families. *Pediatrics*, 1997, 100(4): 153-156.

(92) The Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act, 1996 (P.L. 104-193). La loi a été modifiée en 2002 ; cependant la prescription de cinq ans de résidence est toujours en vigueur. Voir: *Temporary Assistance for Needy Families: Program Instruction*. Washington, DC, United States, Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Office of Family Assistance, 2003 (<http://www.act.dhhs.gov/programs/ofa/pl2003-3.htm>).

(93) Commission de l'Emploi et des Affaires sociales. Rapport sur une proposition de règlement du Conseil permettant d'étendre les dispositions du Règlement CEE N° 1408/71 aux résidents de pays tiers qui ne sont pas encore couverts par ces dispositions uniquement pour des raisons de nationalité (COM(2002) 59 CE C5-0084/2002 CE 2002/0039(CNS)). Bruxelles, Parlement européen A5-0369/2002 (<http://www.december18.net/instrumentsregionEU/omen-Ruijten.pdf>, accessed 25 March 2004).

## ▶ ACCESSIBILITÉ ET ABORDABILITÉ (ACCESSIBILITÉ ÉCONOMIQUE)

La réalisation du droit à la santé suppose ce qui suit: «les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous».<sup>(94)</sup> L'inégalité dans la reconnaissance et la protection devant la loi est un obstacle majeur à l'égalité d'accès aux services de santé et à l'accessibilité économique de ces services.<sup>(95)</sup>

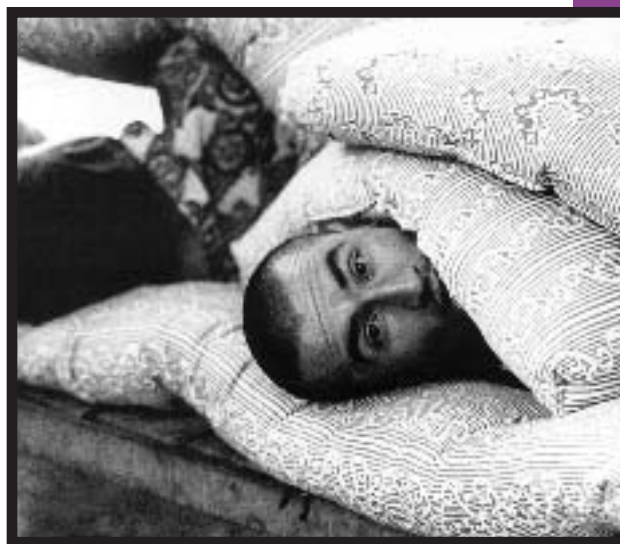
Les travailleurs migrants souffrent fréquemment de leur incapacité à obtenir une assurance médicale. Outre que leurs conditions de travail et de vie sont souvent dangereuses, les migrants refusent fréquemment de chercher à obtenir un traitement médical du fait des coûts que cela entraîne, de leurs difficultés à s'absenter de leur travail, à trouver des services de garde d'enfants et des problèmes de transport. Nombre d'entre eux connaissent mal les systèmes locaux de soins médicaux et peuvent avoir des difficultés d'ordre linguistique ou culturel pour faire part de leurs problèmes.

Bien que le Gouvernement des Etats-Unis ait institué un certain nombre de programmes pour que les enfants bénéficient d'une assurance médicale quel que soit leur statut ou le statut de leurs parents au regard de l'immigration, de nombreux parents ne tirent pas parti de ces programmes parce que le caractère précaire de leur situation rend difficile l'obtention de ces prestations, parce qu'ils sont préoccupés par leur statut au regard de l'immigration ou parce qu'il leur est difficile d'accéder physiquement aux soins.<sup>(96)</sup>

Il est encourageant de constater qu'il existe des initiatives positives dans certaines des grandes entreprises transnationales pour que les travailleurs migrants et leur famille puissent bénéficier de soins abordables et accessibles. Certaines de ces entreprises ont compris la menace que représentait pour la productivité un mauvais état de santé, en particulier le VIH/SIDA et la tuberculose. Dans certaines régions du sud de l'Afrique, par exemple, les maladies et les décès liés au SIDA ont réduit la main-d'oeuvre de 20%.<sup>(97)</sup> Aussi existe-t-il une collaboration de nombreuses entreprises entre elles, avec les gouvernements et la société civile afin de s'attaquer à des maladies telles que le VIH/SIDA.<sup>(98)</sup> L'industrie minière du sud de l'Afrique, qui dépend presque entièrement de la main-d'oeuvre immigrée, a ouvert la voie dans ce domaine.

AngloGold est une grande entreprise internationale exploitant des mines d'or dont la main-d'oeuvre est située majoritairement en Afrique du Sud. Soucieuse de s'attaquer au nombre croissant de cas de tuberculose parmi ses employés en Afrique du Sud, AngloGold est à l'origine d'un programme contre la tuberculose «visant à réduire le nombre croissant de cas de tuberculose, et le fardeau financier qui en résulte, en permettant à l'entreprise de rester compétitive sur le plan international dans l'intérêt de ses employés, de leur famille, des actionnaires et de l'Afrique du Sud».<sup>(99)</sup> Un élément essentiel de cette politique consiste à garantir la protection médicale de l'employé et à faire en sorte que «les employés aient un accès gratuit aux installations sanitaires sur les sites miniers; un conjoint officiel ainsi que les enfants nés de cette union pourront bénéficier gratuitement du dépistage de la tuberculose et d'un traitement».<sup>(100)</sup>

«Global Health Initiative»: un exemple d'intervention du secteur privé : le programme de lutte contre la tuberculose d'AngloGold.



© OIM/Alyanak 1995

## ▶ STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

La discrimination manifeste ou implicite viole l'un des principes fondamentaux du droit international relatif aux droits de l'homme et elle est fréquemment à l'origine d'un mauvais état de santé. Le droit à la santé oblige les gouvernements à faire en sorte que «les installations, biens et services en matière de santé [soient] 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».<sup>(101)</sup> Dans le contexte de la santé, ces motifs sont «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, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'infection par le VIH/SIDA), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre».<sup>(102)</sup>

(94) Voir la référence sous la note de bas de page 17, paragraphe 12.b).

(95) *L'exclusion raciale et économique: Implications politiques*. Genève, Conseil international pour l'Etude des Droits humains, 2001, pp. 7-10.

(96) Guasasco C, Heuer LJ, Lausch C. *Providing Health Care and Education to Migrant Farmworkers in Nurse-Managed Centers. Nursing Education Perspectives*, 2002, Vol. 23, N° 4, pp. 166-171.

(97) *Issue Brief: HIV/AIDS in the Workplace - Business Importance*. San Francisco, Business for Social Responsibility, 2003 (<http://www.bsr.org/BSRResources/IssueBriefDetail.cfm?DocumentID=49032>).

(98) *Global Health Initiative (GHI)*. Genève, World Economic Forum, 2003 (<http://www.weforum.org/site/homepublic.nsf/Content/Global+Health+Initiative>).

(99) *Global Health Initiative. Un exemple d'intervention du secteur privé: le dépistage des cas de tuberculose évolutive, avec un taux de guérison ou de fin du traitement de 88% pour un coût annuel inférieur à US \$85 par employé*. Genève, World Economic Forum, 2002 ([http://www.weforum.org/pdf/Initiatives/GHI\\_TB\\_CaseStudy\\_AngloGold.pdf](http://www.weforum.org/pdf/Initiatives/GHI_TB_CaseStudy_AngloGold.pdf)).

(100) Ibid.

(101) Voir la référence sous la note de bas de page 17, paragraphe 12.b).

(102) Voir la référence sous la note de bas de page 17, paragraphe 18.

En 1998, les Emirats arabes unis ont procédé au dépistage de l'ensemble de leur population et ont rapatrié tous les travailleurs migrants dont le test VIH/SIDA s'est avéré positif.<sup>(103)</sup> Des pratiques de ce type peuvent aisément décourager les populations migrantes de se présenter dans les services de santé par crainte d'être déportées<sup>(104)</sup> et peuvent s'avérer en fait contre-productives par rapport aux objectifs de santé publique poursuivis dans le cadre du dépistage. Dans certains cas, elles peuvent aussi soulever des inquiétudes quant au droit à la vie privée et, dans une perspective de santé publique, elles ont montré qu'elles n'étaient pas particulièrement efficaces pour protéger la santé de la population.

L'incapacité à faire respecter la loi dans un souci d'égalité du fait de la stigmatisation ou de la discrimination constitue un obstacle important à l'égalité de traitement. La responsabilité des gouvernements en matière de non discrimination consiste à garantir l'égalité de protection et d'opportunité devant la loi, ainsi que la satisfaction de fait des droits tels que le droit à la santé publique, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux.<sup>(105)</sup>

La stigmatisation fait référence à des attitudes selon lesquelles certains groupes sont perçus comme inférieurs dans tel ou tel domaine simplement du fait de leur appartenance à un groupe. Ainsi, lorsque les groupes dominants voient avec sérénité la marginalisation systématique d'autres groupes et justifient ces disparités en suggérant que le groupe lui-même est au moins en partie responsable et qu'il ne mérite pas l'égalité de traitement, ce faisant ils les stigmatisent. La stigmatisation diffère de la discrimination dans la mesure où la première a trait à des perceptions plutôt qu'à des faits. Toutefois, elles sont toutes deux intrinsèquement liées dans la mesure où la stigmatisation permet ou favorise des effets discriminatoires. Il apparaît aussi que, lorsque la discrimination est combattue avec succès, la stigmatisation diminue, ou se manifeste moins ouvertement.<sup>(106)</sup>

Tout en ayant particulièrement besoin d'une protection sociale, même en tant que ressortissants du pays concerné, les Roms d'Europe de l'Est (souvent appelés «voyageurs» étant donné qu'ils ont tendance à migrer à la fois à l'intérieur des pays et entre les pays) n'ont dans la pratique toujours pas accès aux services de santé et aux autres services sociaux.<sup>(107)</sup> La situation est difficile à redresser du fait que les communautés Roms ont eu tendance à répondre à la discrimination en internalisant les attentes de la société environnante. Lorsqu'un groupe s'isole délibérément, il devient politiquement invisible et donc plus exposé.<sup>(108)</sup>

## ► DISCRIMINATION FONDÉE SUR LE SEXE ET SUR LA RÉPARTITION DES RÔLES ENTRE HOMMES ET FEMMES

En raison de leur double marginalisation, en tant que femmes et en tant que migrantes, les travailleuses migrantes se trouvent dans des



\*OIM/Motus 1997

situations qui les exposent aux violences et aux sévices, tant dans le milieu familial que dans le milieu professionnel.<sup>(109)</sup>

Le Rapporteur spécial des Nations Unies sur les droits de l'homme des migrants a mis en lumière les problèmes auxquels sont confrontées les travailleuses migrantes, en particulier lorsqu'elles sont employées à des travaux domestiques, qui prennent les formes suivantes: «rétention du salaire, violences physiques et sexuelles, malnutrition, confiscation du passeport».<sup>(110)</sup> L'OIM fait état du décès d'un grand nombre d'Éthiopiennes travaillant de manière temporaire dans des pays arabes; chez les femmes qui réussissent à rentrer chez elles, «les vertèbres et les membres cassés, les brûlures à l'acide et d'autres témoignages de violences physiques» sont fréquents.<sup>(111)</sup>

(103) Voir la référence sous la note de bas de page 73, paragraphe 10.

(104) Ibid.

(105) *Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée : santé et absence de discrimination*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (WHO/SDE/HDE/01.2) (série de publications Santé et droits humains N°2, 2001).

(106) Voir la référence sous la note de bas de page 95, paragraphes 5-10.

(107) Ibid., p. 9.

(108) «[S]on retrait peut aussi l'empêcher de s'adapter à l'évolution de la société, le rendant plus vulnérable économiquement. Habitué à vivre traditionnellement en marge et dépendants pour leur survie du commerce avec les populations locales, les Roms en Roumanie, en Hongrie, en Bulgarie et en République tchèque ont beaucoup souffert pendant la période communiste des politiques qui les obligeaient à prendre des logements permanents et à travailler dans des usines. Après la chute du communisme, la plupart d'entre eux ont perdu ou abandonné leurs emplois en usine, pour découvrir que leurs marchés traditionnels n'étaient plus viables». Ibid., p. 18.

(109) Rodríguez Pizarro G. Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants. Genève, Conseil économique et social, Commission des Droits de l'Homme, E/CN.4/2000/82, paragraphe 56.

(110) Ibid., paragraphe 63.

(111) Éthiopie: entretiens avec des victimes de la traite. OIM Infos, Genève, Organisation internationale pour les Migrations, juin 2001.

Le Ministère du Travail du Royaume hashémite de Jordanie a approuvé un contrat de travail spécial pour les employées de maison non jordanien-nes. Ce contrat est le premier de ce genre en Jordanie, et devrait servir de modèle pour d'autres pays dans la région arabe. Il renforce la coordination entre les pays d'origine et la Jordanie, pays d'accueil pour un nombre croissant de travailleurs migrants en provenance d'Asie; il garantit les droits des travailleurs migrants à une assurance-vie, aux soins médicaux, à des jours de repos et au rapatriement au moment de l'expiration de leur contrat; il réitère le droit des travailleuses migrantes à être traitées conformément aux normes internationales en matière de droits humains. Cette initiative est la conséquence de l'augmentation du nombre de migrants employés aux travaux domestiques dans la région arabe. L'absence de protection juridique pour ces travailleurs a conduit à une augmentation des violations commises à leur rencontre et limité le soutien dont ils pouvaient bénéficier dans les pays d'accueil.<sup>(112)</sup>

<sup>(112)</sup> *Special Working Contract for Non-Jordanian Domestic Workers: An Opportunity to Enhance Protection for a Particularly Vulnerable Group of Women Workers*, 21 January 2003. Amman, Fonds de Développement des Nations Unies pour les Femmes/Bureau régional pour les Etats arabes (communiqué de presse; [http://www.unifem.org/jo/press\\_releases.htm](http://www.unifem.org/jo/press_releases.htm)).

<sup>(113)</sup> Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (adopté le 16 décembre 1966 et entré en vigueur le 3 janvier 1976), article 7 (ci-après: PIDESC).



©OIT/Classet 1997

### ► LE DROIT À LA SÉCURITÉ ET L'HYGIÈNE DU TRAVAIL<sup>(113)</sup>

Il est très probable que les migrants, en particulier les migrants peu qualifiés ou en situation irrégulière, seront affectés à des emplois à haut risque, peu payés et avec un encadrement limité. Les migrants acceptent généralement des emplois que les travailleurs locaux refusent, dans des domaines tels que l'exploitation minière, la construction, l'industrie lourde ou les travaux agricoles, où ils peuvent être exposés à toute une série de risques de maladies ou d'accidents professionnels induits par des agents toxiques, de longues heures de travail et une protection très faible, voire inexistante, pour ce qui est des vêtements ou du matériel en général. Les obstacles linguistiques, le manque de communication, l'absence de connaissance du matériel moderne et des attitudes différentes en

matière de sécurité sont autant de facteurs qui augmentent les risques pour la santé dans le travail.<sup>(114)</sup> D'une manière générale, le taux d'accidents du travail en Europe est environ deux fois plus élevé pour les travailleurs migrants que pour les travailleurs originaires du pays,<sup>(115)</sup> et il n'y a aucune raison de croire que la situation n'est pas la même dans d'autres parties du monde.

Les employeurs considèrent fréquemment que les migrants sont un personnel trop temporaire pour consacrer des ressources à leur formation, et les problèmes de communication réduisent souvent encore davantage cette possibilité. Les travailleurs migrants, et en particulier les travailleurs migrants ne possédant pas de titre de séjour, acceptent souvent ces conditions de travail dangereuses par crainte d'attirer l'attention sur eux et de perdre leur emploi ou d'être expulsés. L'absence de connaissance du pays, de la culture et de la langue signifie aussi que les travailleurs migrants n'ont en règle générale pas connaissance de leurs droits.

### ► LES DROITS À UNE NOURRITURE<sup>(116)</sup> ET À UN LOGEMENT SUFFISANTS<sup>(117)</sup>

Au sein de toute population, il y a des sous-groupes de population qui courent des risques plus élevés. On estime que le nombre de travailleurs agricoles migrants au Canada s'élève à 13 000, dont 10 000 en Ontario. La plupart des travailleurs de l'Ontario viennent de Jamaïque et du Mexique et sont embauchés pendant sept mois de l'année à la cueillette des fruits et à d'autres travaux agricoles. Les travailleurs agricoles présentent des signes visibles de blessures dues aux pesticides: ils souffrent de gonflement des yeux et de lésions de la bouche. Comme les autres travailleurs agricoles, les travailleurs migrants ne sont pas couverts par de nombreux types de protection des travailleurs, à l'exception de l'indemnisation pour les accidents du travail.<sup>(118)</sup>

L'accès à une alimentation et à une nutrition saines et suffisantes est étroitement lié aux capacités économiques des personnes et, dans le cas des migrants, cela pose un certain nombre de problèmes complexes, étroitement liés les uns aux autres. Outre les changements radicaux que les migrants sont souvent obligés d'apporter à leurs habitudes alimentaires dans le cadre de leurs mouvements transfrontières, le caractère économique de la migration signifie que les migrants auront sans doute peu de ressources à consacrer à la nourriture; même si cela n'est pas le cas, l'adaptation à de nouveaux ingrédients et à de nouvelles habitudes peut représenter un choc culturel non négligeable.<sup>(119)</sup>

<sup>(114)</sup> Carballo M, Siem H. Migration, Migration Policy, and AIDS. In: Haour-Knipe M, Rector R, eds. *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*, Bristol, Taylor & Francis, 1996, at 35-36. Voir également la note de bas de page 16, paragraphe 55.

<sup>(115)</sup> Bollini P, Siem H. No Real Progress Towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the Eve of the Year 2000. *Social Sciences and Medicine*, 1995, 41(6), pp. 819-828.

<sup>(116)</sup> PIDESC, article 11.

<sup>(117)</sup> PIDESC, article 11.

<sup>(118)</sup> *Factsheet: Occupational Risks from Pesticides*. Toronto, World Wildlife Fund Canada, 2000

(<http://www.wwf.ca/satellite/rip/ri/factsheets/occupational-risks.html>).

<sup>(119)</sup> Voir la référence sous la note de bas de page 16, paragraphe 59.

Le logement est un indicateur de la qualité de vie dont jouissent les populations et, dans le cas des migrants, en particulier des migrants sans papiers, le logement pose le plus souvent problème. Non seulement la plupart des migrants arrivent ils avec peu d'argent mais, dans de nombreux cas, leur statut officiel est temporaire et ne leur permet donc pas d'«investir» dans un logement de bonne qualité, même s'ils ont les moyens financiers de le faire. Les barrières sociales ne font fréquemment qu'aggraver ce problème en destinant uniquement certaines zones des villes et cités aux migrants.

De nombreuses études ont montré combien étaient fréquents les cas où les nouveaux migrants étaient contraints de se regrouper dans les zones défavorisées des villes et des cités et dans des logements de qualité inférieure où la surpopulation et une hygiène insuffisante sont la norme.<sup>(120)</sup> Dans des environnements postindustriels, comme en

## ► LE DROIT À LA VIE DE FAMILLE

«Rappelons nous pour commencer que les immigrés ne sont pas simplement des unités de main d'oeuvre. Ce sont des êtres humains. Ils ont des émotions, ils ont des familles et surtout ils ont des droits, les droits de l'homme justement, qui devraient être au coeur même des débats et des politiques dans ce domaine. Parmi ces droits, il y a le droit à l'unité de la famille; en fait, la source de loin la plus abondante de migrants en Amérique du Nord et en Europe est la réunification des familles.»<sup>(122)</sup>

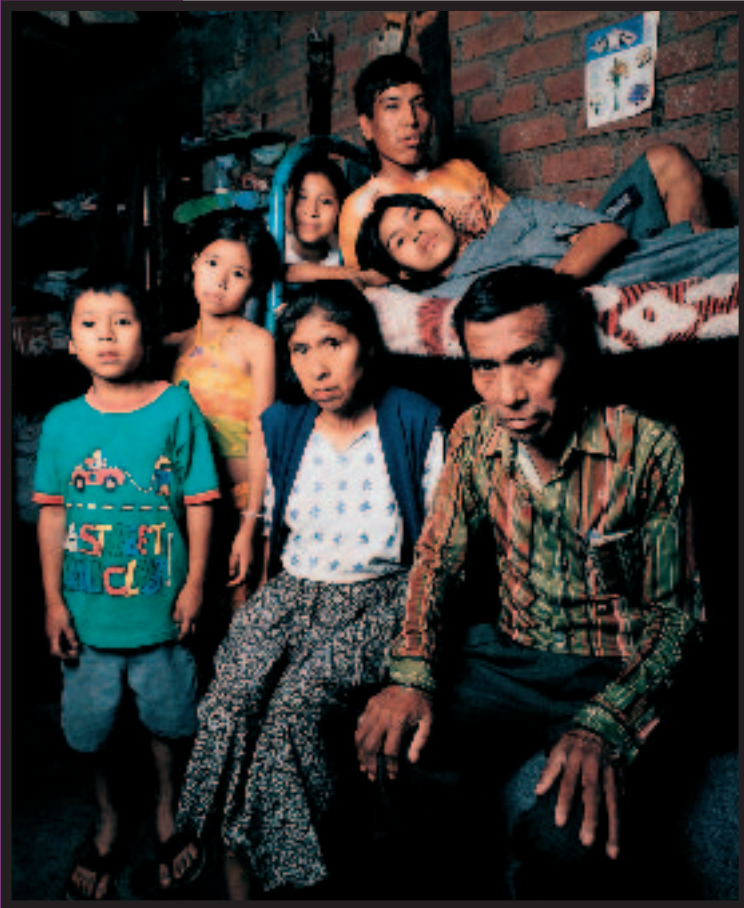
Des études portant sur des travailleurs migrants dans diverses parties d'Afrique font état de logements médiocres associés à des conditions de travail dangereuses et à une grave désorganisation sociale. Elles font référence à des abus d'alcool chroniques et à des schémas de comportement sexuel qui conduisent à une rapide propagation des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA<sup>(123)</sup> et sont largement dus à la séparation d'avec les épouses ou les compagnes.<sup>(124)</sup> Une étude menée en Afrique du Sud est arrivée à la conclusion que les travailleurs migrants et leurs partenaires risquent deux fois plus de contracter l'infection à VIH que les couples non migrants.<sup>(125)</sup>

Réagissant aux conséquences négatives pour la santé qui résultent de l'isolation des travailleurs migrants et reconnaissant le droit à la vie de famille, de nombreuses entreprises modifient leurs politiques pour permettre aux familles d'être réunies dans le but d'améliorer la productivité des employés.

Dans l'entreprise Kahama Mining Corporation Limited (KMCL) en Tanzanie, une filiale à 100% de Barrick Gold Corporation, des initiatives ont été mises en oeuvre pour traiter des problèmes de VIH/SIDA sur le lieu de travail. Reconnaisant l'importance de la présence des familles pour les travailleurs migrants, «les programmes de prévention sur le lieu de travail sont axés sur le financement de logements locaux à des prix abordables pour les mineurs et leur famille». Dans l'entreprise KMCL, cela passe par «l'élaboration d'un programme visant à l'acquisition d'un logement par les employés de la mine afin de leur permettre de vivre près de leur lieu de travail. L'un des objectifs de ce programme est de réduire les comportements sexuels à risque qui résultent de la séparation des familles».

World Economic Forum, Global Health Initiative: un exemple d'intervention du secteur privé: l'élaboration d'un programme durable de lutte contre le VIH/SIDA pour les employés par l'intermédiaire d'une participation active à la vie locale.<sup>(126)</sup>

(120) Ibid, p. 33.  
 (121) Voir la référence sous la note de bas de page 73, paragraphe 8.  
 (122) Voir la référence sous la note de bas de page 81.  
 (123) Girdler-Brown B. Eastern and Southern Africa. *International Migration*, 1998, 36, pp. 513-551.  
 (124) Schooms M. Al That Glitters: How HIV Caught Fire In South Africa - Part One: Sex and the Migrant Workers. *The Village Voice*, 28 avril-4 mai 1999.  
 (125) Ibid., citation de Lurie M. Migration and AIDS In Southern Africa: Challenging common assumptions, *A&M News*, octobre 2002, 4, pp. 11-12 (<http://www.aidsmobility.org/lurie.html>).



© OMS/Vivot

Allemagne, en Autriche, en France, en Italie et aux Pays-Bas, cela est devenu une source de morbidité potentielle, y compris d'accidents chez les enfants, pour les migrants de tous âges.<sup>(121)</sup>

(126) Global Health Initiative Private Sector Intervention Case Example: Developing a sustainable HIV/AIDS programme for employees through deep community involvement. Genève, World Economic Forum, 2002 ([http://www.weforum.org/pdf/Initiatives/GHI\\_HIV\\_CaseStudy\\_BarrickGold.pdf](http://www.weforum.org/pdf/Initiatives/GHI_HIV_CaseStudy_BarrickGold.pdf)).



©OIM/Lowenstein-Lom 1999

### ► ACCESSIBILITÉ PHYSIQUE DES SERVICES DE SANTÉ

Le droit à la santé requiert que les installations, biens et services en matière de santé soient «physiquement accessibles sans danger pour tous les groupes de la population, en particulier les groupes vulnérables ou marginalisés».<sup>(127)</sup> Toutefois, la situation, la distance et les horaires d'ouverture des services de santé peuvent poser des problèmes pour les migrants. Pour diverses raisons, les travailleurs migrants peuvent être moins facilement en mesure de s'absenter de leur travail pour obtenir des soins de santé pendant la journée. De fait, dans de nombreux pays, ils doivent prendre deux ou plusieurs emplois pour survivre économiquement et ne sont donc même pas en mesure d'avoir accès aux soins en fin de journée.<sup>(128)</sup> En outre, ils vivent et travaillent souvent dans des zones des villes et cités ou dans des zones agricoles où il est rare que les services de santé soient physiquement situés.

### ► SERVICES DE SANTÉ RÉCEPTIFS AUX EXIGENCES CULTURELLES ET DE BONNE QUALITÉ

Toutes les installations, biens et services en matière de santé doivent être appropriés sur le plan culturel: c'est là un élément crucial du droit à la santé.<sup>(129)</sup> Toutefois, les services de santé appropriés sur le plan culturel sont géné-

De plus en plus nombreuses sont les entreprises transnationales qui ont créé leurs propres services ou installations de santé pour leurs employés et leurs proches. Anglo American Corporation est une entreprise d'extraction minière dont les activités et sites d'exploitation sont situés en Afrique, en Europe, en Amérique du Sud et du Nord et en Australie et qui emploie une importante main-d'oeuvre immigrée. Au cours des années 90, Anglo American a mis au point un programme complet de lutte contre le VIH/SIDA pour ses employés, en se préoccupant à la fois de prévention et de traitement; ce programme prévoit notamment la distribution de préservatifs, le traitement des MST, la prestation de conseils et le dépistage sur une base volontaire. Des études menées dans de nombreuses entreprises montrent que cette approche a permis de faire progresser le niveau de prise de conscience vis-à-vis du SIDA; d'augmenter les demandes en préservatifs; et d'abaisser l'incidence des MST. En août 2002, Anglo American a annoncé des projets visant à fournir des thérapeutiques antirétrovirales à ses employés ayant contracté le VIH/SIDA.

Global Business Coalition on HIV/AIDS: Anglo American plc Workplace Program.<sup>(130)</sup>

ralement limités; ils demandent des ressources ainsi qu'un esprit de soutien et de coopération vis-à-vis des migrants. Dans la pratique, rares sont les mesures prises pour adapter explicitement les services aux besoins des migrants<sup>(131)</sup> et, dans de nombreux cas, cela conduit à des diagnostics erronés, un traitement inapproprié et une mauvaise observance du traitement de la part des patients.<sup>(132)</sup>

«Le choc culturel qui accompagne souvent le contact initial avec un nouveau système socioculturel peut s'avérer complexe d'un point de vue psychologique et impliquer bien davantage que la simple négation de l'accès aux services locaux de santé ainsi qu'aux services sociaux. L'intégration sociale puis l'acculturation sont un processus compliqué faisant intervenir des processus de transfert linguistique, social, culturel et conceptuel qui peuvent priver les migrants de tout ce à quoi ils étaient auparavant habitués et qui pouvait constituer la base de leur identité.»<sup>(133)</sup>

La qualité des services est aussi un important facteur à prendre en compte s'agissant de la manière dont les migrants sont traités lorsqu'ils accèdent aux soins de santé. On a ainsi fait état de cas où les professionnels de santé acceptaient des normes inférieures en matière de soins et de traitement lorsque le statut au regard de l'assurance ne pouvait être précisé à l'avance; une fracture donnait par exemple lieu à la pose d'un plâtre plutôt qu'à une intervention chirurgicale pour réduire l'os fracturé.<sup>(134)</sup>

(127) Voir la référence sous la note de bas de page 17, paragraphe 12.b).

(128) Voir la référence sous la note de bas de page 73, paragraphe 11.

(129) Voir la référence sous la note de bas de page 17, paragraphe 12.c).

(130) Anglo American plc Workplace Program. New York, Global Business Coalition on HIV/AIDS, 2002 ([http://www.businessfightaids.org/wpp\\_popup.asp?CompanyID=48](http://www.businessfightaids.org/wpp_popup.asp?CompanyID=48)).

(131) Carballo M, Siem H. Migration, Migration Policy, and AIDS. In: Haour-Knipe M, Rector R, eds. *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*. Bristol, Taylor & Francis, 1996, p. 44.

(132) Voir la référence sous la note de bas de page 73, paragraphe 10.

(133) Voir la référence sous la note de bas de page 131, paragraphe 36.

(134) Voir la référence sous la note de bas de page 85, paragraphe 41.

► **LE DROIT DE RECHERCHER, DE RECEVOIR ET DE RÉPANDRE DES INFORMATIONS**<sup>(135)</sup>

L'accessibilité de l'information en matière de santé comprend le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé.<sup>(136)</sup> Même lorsque des dispositions législatives

De nombreux migrants ne peuvent tout simplement pas communiquer avec le personnel de santé de manière constructive. Rares sont les pays où l'on a couramment recours aux services d'interprètes dans les établissements de santé; par exemple, en Suède, il s'est avéré que l'issue défavorable de certaines grossesses était tout autant influencée culturellement que déterminée biologiquement.<sup>(142)</sup> En conséquence, les risques de diagnostic erroné et de traitement inapproprié ont toujours été et continuent à être élevés. C'est dans le domaine de la santé mentale que cela est le plus manifeste, puisque la communication entre le patient et le personnel soignant est là d'une importance fondamentale.

Pour conclure, il est important de sensibiliser les autorités responsables de la santé publique et d'obtenir leur coopération pour veiller à la satisfaction des droits à l'information et à l'éducation en matière de santé des migrants, à la fois dans le contexte des services de santé et dans celui, plus large, des efforts visant à promouvoir la santé. ◆



© OMS/Virot

nationales garantissent l'accès aux services, la méconnaissance de celles-ci parmi les migrants entrave leur capacité à accéder aux soins.

En fait, la méconnaissance de ce qui est disponible ou des questions de santé d'une manière générale est l'une des raisons les plus fréquemment invoquées par les migrants pour expliquer le fait qu'ils n'aient pas recours aux services de santé de manière efficace ou qu'ils ne prennent pas eux mêmes des mesures pour prévenir la maladie.<sup>(137)</sup> Des études menées dans un certain nombre de pays d'Europe occidentale montrent que les taux de mortalité et de morbidité maternelles ainsi que de mortalité infantile sont plus élevés parmi les femmes immigrantes que chez les femmes appartenant aux majorités ethniques des mêmes pays.<sup>(138)</sup> Les taux d'avortement sont plus élevés et les niveaux d'utilisation des contraceptifs modernes sont généralement inférieurs.<sup>(139)</sup> Les différences sont liées à un moindre degré d'information quant aux services et aux droits pertinents, par exemple en ce qui concerne les soins prénatals ou l'accès aux contraceptifs.<sup>(140)</sup> D'une manière générale, il est établi qu'en Europe, les migrants sont systématiquement mal informés; ils ont des origines différentes, souffrent de la barrière de la langue et nombre d'entre eux ont un faible niveau d'instruction.<sup>(141)</sup>

(135) Pacte international relatif aux droits civils et politiques (adopté le 16 décembre 1966, entré en vigueur le 23 mars 1976) (ci-après: PIDCP).

(136) Voir la référence sous la note de bas de page 17, paragraphe 12.b).

(137) Voir la référence sous la note de bas de page 73, paragraphe 11.

(138) Ackerhans M et Staugard F. eds. *Health issues of minority women living in Europe*. Rapport d'une réunion tenue à Göteborg (Suède) les 11-12 novembre 1999. Bruxelles, Commission européenne, 2000.

(139) Ibid.

(140) Ibid.

(141) Ibid.

(142) Ibid.



© OIM/Lowenstein-Lom 1999

## Conclusion

«...la réponse consiste à gérer les migrations avec du bon sens et de l'imagination, dans un esprit de solidarité et de coopération. C'est la seule attitude qui permettra de respecter les intérêts des migrants et ceux des communautés qui les accueillent, et de respecter aussi les droits des uns et des autres.»<sup>(143)</sup>

«Tout comme la réduction des obstacles aux échanges de marchandises a permis au monde de s'enrichir au cours de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle, la réduction des obstacles aux mouvements des personnes pourrait être un puissant moteur d'enrichissement au cours de la première moitié du XXI<sup>e</sup> siècle.»<sup>(145)</sup>

Des personnes vivant dans des sociétés différentes de par le monde sont de plus en plus interdépendantes. Pour faire référence au monde, nous parlons fréquemment de «village mondial». Cette expression permet de visualiser le monde comme une communauté unique qui laisse actuellement apparaître des inégalités comparables à celles qui caractérisaient les pays en cours d'industrialisation (tels que l'Angleterre ou la France) au XIX<sup>e</sup> siècle, lorsque des disparités tout aussi profondes existaient entre riches et pauvres.<sup>(144)</sup>

Avec le temps, les gouvernements sont parvenus, ou ont été contraints, à prendre conscience du fait que les inégalités sociales et économiques extrêmes sont insupportables. Les changements suscités les ont conduits à reconnaître leurs responsabilités face aux populations en termes d'accès à l'éducation, aux services d'assainissement et de santé. Tant qu'il n'y aura pas une prise de conscience semblable des gouvernements des pays riches quant à leurs responsabilités vis-à-vis des populations défavorisées du Sud, les disparités continueront à s'aggraver. Le monde restera instable et la multiplication des faits attestant d'une augmentation de l'immigration ne devrait pas apparaître comme une surprise.

Les études actuelles indiquent qu'il y a peu d'uniformité dans la gestion des migrations, même dans le cadre de groupements régionaux tels que l'Union européenne. Il y a aussi une absence de données, qui rend impossible la présentation d'un tableau cohérent des liens entre migration, santé et droits humains. Nous n'avons donc pu faire que des observations préliminaires pour déterminer dans quelle mesure les migrants font l'objet de pratiques discriminatoires, comment ils ont recours aux services de santé et comment ils participent à l'économie, y compris en fournissant des services de santé.

Les avantages économiques potentiels que représenterait pour le monde la libéralisation des migrations pourraient rendre insignifiants les avantages induits par la suppression des obstacles aux échanges.<sup>(146)</sup> Cela est particulièrement vrai lorsque les populations vieillissent et que les économies ont besoin du nouvel élan apporté par une main-d'oeuvre mobile, dans des domaines de qualification où l'offre est insuffisante; par exemple lorsque des hôpitaux souhaitent embaucher des médecins et des infirmières étrangers. Bien qu'essentiels pour faire comprendre aux électeurs qu'ils peuvent tirer avantage d'une plus grande ouverture à l'immigration, les arguments économiques doivent être associés aux impératifs dans le domaine des droits humains. Le droit, les approches et les mécanismes relatifs aux droits humains exigent des politiques de migration qui sauvegardent la dignité humaine et garantissent des démarches humaines et justes. Etant donné que les pays sont confrontés à la question de savoir comment gérer l'augmentation des migrations, il est important que les instruments relatifs aux droits de l'homme soient considérés comme une composante essentielle de la prise de décisions politiques. S'ils vont de pair avec un autre élément important - la collecte de statistiques fiables -, des stratégies positives pourront être mises au point.

Nous sommes loin du changement de paradigme qui voudrait que les migrants soient traités comme «des citoyens du monde» et «des personnes ayant des droits» quel que soit l'endroit d'où ils viennent et l'endroit où ils vont. Un changement demandera du temps, l'instauration d'un dialogue, des informations précises, de la bonne volonté et, surtout, une volonté politique. Le présent rapport ne représente qu'un tout petit pas dans cette direction. ◆

(143) Voir la référence sous la note de bas de page 81.

(144) Voir la référence sous la note de bas de page 144, paragraphe 1.

(145) A better way. *The Economist*, 2 novembre 2002, p. 15.

(146) A modest contribution. *The Economist*, 2 novembre 2002, p. 11.



©OIM/DeCesare 2002

## Annexe I: Les principales catégories de migrants

Les **demandeurs d'asile** sont des personnes qui ont fui vers un autre pays où ils ont demandé la protection de l'Etat en revendiquant le statut de réfugié, mais qui n'ont pas reçu de décision finale quant à leur demande. Selon les informations les plus récentes dont dispose le HCR, on estime à près de 1 015 000 le nombre de demandeurs d'asile dans le monde entier.<sup>(147)</sup>

Les **personnes déplacées pour des raisons liées au développement**<sup>(148)</sup> sont des personnes qui ont été obligées de se déplacer du fait de politiques et de projets mis en oeuvre pour, en principe, faire avancer le «développement»; il s'agit notamment de la construction de barrages et de routes; d'initiatives d'aménagement urbain; de projets d'exploitation minière ou de déboisement; et de la mise en place de parcs/réserves naturel(le)s ou de projets relatifs à la biosphère. Selon les estimations, au cours des années 90, quelque 90 à 100 millions de personnes dans le monde ont été déplacées du fait de projets de développement des infrastructures.

Les **personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays**, comme les réfugiés, sont des personnes qui ont été contraintes de se déplacer du fait de situations de guerre, de conflits civils ou de persécutions politiques. Toutefois, à la différence des réfugiés, elles ne franchissent pas les frontières internationales mais restent plutôt sur le territoire

de l'Etat dont elles ont la nationalité et, techniquement, continuent à relever de la juridiction du gouvernement de cet Etat. Selon les principes directeurs des Nations Unies relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays sont «des personnes ou des groupes de personnes qui ont été forcés ou contraints à fuir ou à quitter leur foyer ou leur lieu de résidence habituel, notamment en raison d'un conflit armé, de situations de violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme, ou pour en éviter les effets, et qui n'ont pas franchi les frontières internationalement reconnues d'un Etat».<sup>(149)</sup> Bien que le nombre des personnes déplacées soit estimé entre 20 et 25 millions dans le monde entier,<sup>(150)</sup> l'absence de chiffres et la réticence des autorités nationales à admettre ce problème signifient que ce nombre est sans doute largement sous-évalué.

Les **travailleurs migrants** constituent une catégorie majeure parmi les migrants d'une manière générale. La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille a défini les travailleurs migrants comme suit: «les personnes qui vont exercer, exercent ou ont exercé une activité rémunérée dans un Etat dont elles ne sont pas ressortissantes»,<sup>(151)</sup> une définition semblable à celles qui sont inscrites dans les conventions pertinentes de l'OIT.<sup>(152)</sup>

Selon les estimations des Nations Unies et de l'OIT, sur les 175 millions de migrants dans le monde, 120 millions sont des travailleurs migrants et leur famille.<sup>(153)</sup> Plus précisément, l'OIT estime qu'il y a aujourd'hui approximativement 20 millions de travailleurs migrants, d'immigrants et de membres de leur famille en Afrique, 18 millions en Amérique du Nord, 12 millions en Amérique centrale et en Amérique du Sud, 7 millions en Asie du Sud et en Asie orientale, 9 millions au Moyen-Orient et 30 millions dans toute l'Europe. L'Europe occidentale compte à elle seule près de 9 millions d'étrangers actifs d'un point de vue économique et 13 millions de personnes à leur charge.<sup>(154)</sup>

Le **réfugié** est défini par la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés comme toute personne qui, «craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays».<sup>(155)</sup> La Convention de 1951 relative au statut des réfugiés est la pierre angulaire du régime international de protection des réfugiés.<sup>(156)</sup> Le Protocole de 1967 a supprimé les restrictions géographiques et temporelles qui figuraient dans la Convention.

(147) *Refugees by Numbers 2003*. Genève, Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, 2003, p. 4 (<http://www.unhcr.org.uk/info/briefings/statistics/documents/numb2003.pdf>).

(148) Voir la référence sous la note de bas de page 52.

(149) *Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays. Rapport du représentant du Secrétaire général chargé de la question des personnes déplacées dans leur propre pays*. Genève, Nations Unies, 1998 (extrait du document E/CN.4/1998/53/Add.2).

(150) Voir la référence sous la note de bas de page 147, paragraphe 1.

(151) Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (adoptée le 18 décembre 1990, entrée en vigueur le 1er juillet 2003) (ci-après: CTM).

(152) Voir annexe 2.

(153) *ILO meeting calls for change in migration policies in Southern Africa*. Genève, Organisation internationale du Travail, 2002 (communiqué de presse; <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/new/291102.htm>).

(154) *Current dynamics of international labour migration: Globalisation and regional integration*. Genève, Organisation internationale du Travail, 2002 (<http://www.ilo.org/public/english/protection/migrant/about/index.htm>).

(155) Convention relative au statut des réfugiés (adoptée le 28 juillet 1951, entrée en vigueur le 22 avril 1954).

(156) Elle consolide les instruments internationaux relatifs aux réfugiés adoptés antérieurement et fournit l'instrument de codification de leurs droits humains le plus complet.

Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés estime qu'au début de 2002 il y avait approximativement 10,4 millions de réfugiés dans le monde entier.<sup>(157)</sup> Toutefois, le nombre de réfugiés de fait, par opposition aux réfugiés enregistrés, est probablement plus élevé, étant donné que les réfugiés se trouvent fréquemment dans une situation similaire à celle de la main-d'œuvre migrante sans papiers qui choisit de ne pas disposer de papiers par crainte du rejet ou d'autres représailles. Dans des pays où les frontières sont mal définies et où des familles peuvent vivre des deux côtés de la frontière, des réfugiés peuvent être pris en charge par des proches sans même retenir l'attention des autorités locales.

Les **travailleurs sous contrat temporaire** sont la catégorie la plus courante parmi les travailleurs migrants disposant de papiers. Ils sont admis dans le pays d'accueil pour des périodes limitées étant entendu qu'ils rentreront chez eux une fois que leur contrat expirera. Ils sont pour la majorité d'entre eux peu qualifiés et recrutés pour travailler dans l'agriculture ou la construction, deux domaines où le travail est saisonnier et où les fluctuations du marché peuvent aisément dicter des changements dans la demande.

La traite des personnes est un problème de plus en plus aigu au niveau mondial, le nombre des **victimes de la traite internationale** étant estimé entre 700 000 et 4 millions chaque année.<sup>(158)</sup> La traite des personnes est définie par le Protocole visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes 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 contraintes, 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».<sup>(159)</sup>

Les **migrants faisant l'objet d'un trafic illicite** sont protégés par le Protocole contre le trafic illicite de migrants par terre, air et mer, qui définit ce phénomène comme «le fait d'assurer, afin d'en tirer, directement ou indirectement, un avantage financier ou un autre avantage matériel, l'entrée illégale dans un Etat Partie d'une personne qui n'est ni un ressortissant ni un résident permanent de cet Etat».<sup>(160)</sup>



© OIM/Barriga 1999

Les **immigrants permanents** sont une catégorie majeure de migrants, en particulier pour les pays traditionnels d'immigration. Le droit international n'a pas établi de définition juridique commune; la législation et la pratique au niveau national varient considérablement pour ce qui est de la définition des catégories d'immigrants, de leurs qualifications et leur traitement. Néanmoins, tant que les non nationaux admis à des fins d'immigration n'ont pas obtenu le statut de résident permanent ou de citoyen du pays d'accueil, ils peuvent aussi être désavantagés ou limités dans leur accès aux soins et aux droits en matière de santé par rapport aux ressortissants de ces pays.

Les migrations internationales de travailleurs sont de plus en plus sélectives en termes de sexe et d'âge et nombreuses sont les politiques nationales relatives à l'immigration et à la migration de main d'œuvre «temporaire» qui interdisent légalement l'entrée des **familles accompagnant les travailleurs migrants temporaires**.<sup>(161)</sup> Des programmes de regroupement familial ont été mis sur pied pour permettre aux familles des travailleurs migrants de les rejoindre après un certain temps. Le regroupement familial compte pour une large part de toute l'immigration régulière dans les pays occidentaux, représentant plus de 70% de l'ensemble des immigrants admis aux Etats-Unis en 1998.<sup>(162)</sup>

Pour compléter cet aperçu des dispositions juridiques internationales et des définitions reconnues, il convient de mentionner les **étudiants étrangers**. Ceux-ci se déplacent pour bénéficier de programmes universitaires et des possibilités offertes par les pays et leurs établissements d'enseignement. Les Etats-Unis sont toujours la destination la plus prise, avec près de 590 000 étudiants étrangers inscrits dans les universités américaines au cours de l'année universitaire 2002-2003.<sup>(163)</sup> ◆

(157) Voir la référence sous la note de bas de page 147, paragraphe 4.

(158) *Trafficking in Persons: USAID's Response*. Washington, DC, USAID Office of Women in Development, 2001, p. 1.

(159) Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (adopté le 15 novembre 2000, entré en vigueur le 25 décembre 2003), article 3.a).

(160) Protocole contre le trafic illicite de migrants par terre, air et mer, additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée (adopté le 15 novembre 2000, entré en vigueur le 28 janvier 2004), article 3.a).

(161) Voir la référence sous la note de bas de page 16, paragraphe 17.

(162) *World Migration Report 2000*. Genève, International Institute on Migration, 2000, p. 243.

(163) *The Economic Benefits of International Education to the United States: A Statistical Analysis*. Washington, DC, NAFSA: Association of International Educators, 2003 (<http://www.nafsa.org/content/PublicPolicy/Data onInternationalEducation/EISIntroB.pdf>, accessed 16 March 2004).



Foto Naciones Unidas #UN23783

## Annexe II: Instruments juridiques et politiques internationaux et mécanismes pertinents dans le domaine de la santé et de la migration

### LES INSTRUMENTS INTERNATIONAUX RELATIFS AUX DROITS DE L'HOMME/ DROITS HUMAINS

Le cadre juridique international relatif aux droits humains comporte un certain nombre de traités fondamentaux qui s'appliquent à toutes les personnes, y compris les migrants. L'instrument le plus fondamental en matière de droits humains est la **Déclaration universelle des droits de l'homme** (DUDH, 1948) qui, dans une large mesure, fait partie du droit coutumier international. Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la Déclaration, sans distinction aucune, notamment d'origine nationa-

le.<sup>(164)</sup> Les droits humains fondamentaux énoncés dans cet instrument, y compris le droit à la reconnaissance de sa personnalité juridique et le droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être,<sup>(165)</sup> sont applicables aux migrants, y compris à ceux qui sont en situation irrégulière.

En vertu de la **Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale** (CIEDR, 1965), les Etats Parties à la Convention ont l'obligation de garantir les droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels de l'ensemble de la population et non seulement de leurs citoyens.<sup>(166)</sup> Toutefois, la CIEDR prévoit la possibilité d'un traitement différencié entre ressortissants et non ressortissants, bien qu'entre les non ressortissants, les Etats ne puissent établir de discrimination à l'égard d'une nationalité particulière.<sup>(167)</sup>

En 1966, les dispositions de la Déclaration universelle des droits de l'homme ont été codifiées en droit impératif sous la forme de deux traités – le **Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels** (PIDESC) et le **Pacte international relatif aux droits civils et politiques** (PIDCP). Ces deux traités, combinés à la Déclaration universelle des droits de l'homme, forment ce que l'on désigne sous le nom de Charte internationale des droits de l'homme.

L'article 12 du PIDESC fournit l'expression la plus impérieuse du droit à la santé dans le droit international relatif aux droits humains. Les 148 Etats Parties au Pacte international «reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre».<sup>(168)</sup> En outre, le Pacte international inclut plusieurs autres droits qui sont essentiels à la réalisation de ce droit à la santé, y compris les droits à une nourriture<sup>(169)</sup> et à un logement suffisants,<sup>(170)</sup> à la sécurité et l'hygiène du travail<sup>(171)</sup> et à l'éducation.<sup>(172)</sup> Bien que ces droits doivent être exercés sans discrimination aucune quant à, notamment, l'origine nationale, le Pacte autorise spécifiquement les pays en développement à déterminer dans quelle mesure ils garantiront les droits *économiques* reconnus dans le présent Pacte à des non-ressortissants.<sup>(173)</sup>

Il convient de garder à l'esprit que le principe de *réalisation progressive* du plein exercice des droits humains<sup>(174)</sup> impose aux Etats l'obligation d'agir, aussi rapidement et efficacement que possible, en vue de la réalisation de ces droits. Ce principe est par conséquent pertinent à la fois pour les pays les plus pauvres et les pays les plus riches, puisqu'il reconnaît les contraintes dues aux ressources disponibles tout en requérant de tous les pays qu'ils manifestent des progrès constants vers le plein exercice de ces droits.

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) reconnaît aussi plusieurs

(164) Article 2 de la Déclaration universelle des droits de l'homme.

(165) Article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme.

(166) CIEDR, article 5. Voir aussi la Déclaration du Comité pour l'élimination de la discrimination raciale qui a été créé pour assurer le suivi de la mise en oeuvre de la Convention. Document UN CERD/226/Add.9, paragraphe 314.

(167) CIEDR, article 1.

(168) PIDESC, article 12.

(169) PIDESC, article 11.

(170) PIDESC, article 11.

(171) PIDESC, article 7.

(172) PIDESC, article 13.

(173) PIDESC, article 2.3).

(174) PIDESC, article 2.

droits qui font partie intégrante de la réalisation du droit à la santé, tels que les droits à l'information<sup>(175)</sup> à la vie privée,<sup>(176)</sup> à la liberté de circulation<sup>(177)</sup> et à la sécurité de sa personne.<sup>(178)</sup> Le PIDCP requiert des États qu'ils garantissent les droits reconnus dans le Pacte à tous les individus se trouvant sur leur territoire et relevant de leur compétence, sans distinction aucune.<sup>(179)</sup> Le Comité des Droits de l'Homme qui est l'organe chargé de superviser la mise en oeuvre du PIDCP a confirmé qu'«en général, les droits énoncés dans le Pacte s'appliquent à toute personne, ...quelle que soit sa nationalité...».<sup>(180)</sup> Le Pacte comporte aussi une disposition de vaste portée contre la discrimination fondée sur l'origine nationale ou sociale, la naissance ou toute autre situation sociale,<sup>(181)</sup> outre une disposition prévoyant expressément la protection du droit à la non discrimination.<sup>(182)</sup>

Faisant fond sur la Charte internationale des droits de l'homme, d'autres traités internationaux relatifs aux droits de l'homme ont été axés soit sur des groupes ou catégories de population spécifiques tels que les femmes et les enfants, et plus récemment les travailleurs migrants, soit sur des questions particulières telles que la discrimination raciale.

La **Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes** (CEDAF, 1979) s'applique à toutes les femmes, qu'elles soient ou non citoyennes des États Parties. La Convention comporte des dispositions visant à ce que les États Parties éliminent la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille, et des services appropriés et, au besoin, gratuits pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement.<sup>(183)</sup>

La **Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants** (CCT, 1984) s'applique à toute personne qui a été soumise à la torture dans un territoire sous la juridiction de tout État Partie. Aucune personne ne sera expulsée, refoulée ou extradée vers un autre État où il y a des motifs sérieux de croire qu'elle risque d'être soumise à la torture.<sup>(184)</sup>

Plusieurs conventions établissant des normes internationales spécifiques pour la sécurité et la santé au travail ont été élaborées sous les auspices de l'Organisation internationale du Travail (OIT), et largement ratifiées. Elles prévoient des normes de protection de la santé dans le cadre de l'emploi et sont donc applicables en particulier aux travailleurs migrants et aux autres non-nationaux (tels que les réfugiés) exerçant un emploi ou une activité rémunérée. Par exemple, la **Convention N° 155 du BIT sur la sécurité et la santé des tra-**

**vailleurs** (1981)<sup>(185)</sup> préconise l'application progressive d'un ensemble de mesures de prévention et l'adoption d'une politique nationale cohérente en matière de sécurité et de santé, tout en établissant à la fois la responsabilité des employeurs de faire en sorte que le travail et le matériel ne présentent pas de risque pour la sécurité et la santé des travailleurs, et les obligations et droits des travailleurs. En outre, il y a de nombreuses conventions, telles que la **Convention N° 167 du BIT**



\* OIM/Chauzy 2003

**concernant la sécurité et la santé dans la construction** (1988),<sup>(186)</sup> qui ont trait plus précisément à divers secteurs d'activité économique et à divers types de matériel ou d'agents dangereux.

La **Convention relative aux droits de l'enfant** (CDE, 1989) dont la ratification est quasi-universelle, inclut le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible.<sup>(187)</sup> En outre, elle prévoit un cadre de protection qui est applicable à tous les enfants: «Les États 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 politique 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».<sup>(188)</sup>

La mise en oeuvre des traités fondamentaux en matière de droits de l'homme fait l'objet d'un suivi par des commissions d'experts indépendants connues sous le nom d'organes de surveillance de l'application des traités. Chacun de ces traités<sup>(189)</sup> majeurs a son propre organe de surveillance et se réunit régulièrement pour analyser les rapports présentés par les États Parties et pour engager un «dialogue constructif» avec les gouvernements quant au respect de leurs obligations en matière de droits humains. En vertu de chacun des principaux traités sur les droits humains, les organes de surveillance de l'application des traités des Nations Unies prévoient un mécanisme pour accroître la responsabilité des gouvernements en matière de droits humains.

(175) PIDCP, article 19.

(176) PIDCP, article 17.

(177) PIDCP, article 12.

(178) PIDCP, article 6.

(179) PIDCP, article 2.

(180) Situation des étrangers au regard du Pacte (Pacte international relatif aux droits civils et politiques). Observation générale N° 15 (1986), paragraphe 1.

(181) Ibid.

(182) PIDCP, article 26.

(183) Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (adoptée le 18 décembre 1979, entrée en vigueur le 3 septembre 1981) (ci-après: CEDAF), article 12.

(184) Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (adoptée le 10 décembre 1984, entrée en vigueur le 28 juin 1987) (ci-après: CCT), article 3.

(185) Convention (N° 155) du BIT concernant la sécurité, la santé des travailleurs et le milieu de travail (adoptée le 22 juin 1981, entrée en vigueur le 11 août 1983).

(186) Convention (N° 167) du BIT concernant la sécurité et la santé dans la construction (adoptée le 20 juin 1988, entrée en vigueur le 31 janvier 1995).

(187) Convention relative aux droits de l'enfant (adoptée le 20 novembre 1989, entrée en vigueur le 2 septembre 1990) (ci-après: CDE), article 24.

(188) CDE, article 2.

(189) CCT, CIEDR, PIDCP, PIDESC, CEDAF, CDE.

En mai 2000, le Comité des Droits économiques, sociaux et culturels a adopté l'**observation générale N° 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint** qui fixe les critères visant à la pleine réalisation du droit à la santé.<sup>(190)</sup> Ce texte précise que le droit à la santé doit être interprété comme le droit de bénéficier d'un ensemble d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, et souligne que ces éléments doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité.<sup>(191)</sup>

Il y a au sein du système des Nations Unies deux mécanismes extraconventionnels qui sont particulièrement adaptés à la promotion et la protection de la santé et des droits humains des migrants. Le premier est représenté par le **Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint**, dont les fonctions sont les suivantes:

- rassembler, solliciter, recevoir et échanger des renseignements émanant de toutes les sources pertinentes, y compris des gouvernements, des organisations intergouvernementales et non gouvernementales, sur l'exercice des droits de toute personne de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale;
- établir un dialogue suivi et étudier les domaines de collaboration possibles avec tous les acteurs pertinents;
- rendre compte de la réalisation du droit à la santé 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, et des obstacles rencontrés sur le plan interne et au niveau international dans sa réalisation;

et

- recommander des mesures propres à promouvoir et à protéger l'exercice du droit de chacun à la santé, en vue de soutenir les Etats dans leurs efforts pour améliorer la santé publique.<sup>(192)</sup>

Un autre mécanisme consacré à la santé et aux droits humains des migrants est représenté par le **Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants**. Celui-ci est chargé de:

- demande 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 nor-

- mes et règles internationales pertinentes en la matière ;
  - recommander des actions et mesures à mettre en oeuvre aux niveaux national, régional et international, pour mettre un terme aux violations des droits de l'homme des migrants;
- et
- 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.<sup>(193)</sup>

## NORMES JURIDIQUES INTERNATIONALES PROPRES AUX NON-NATIONAUX

En vertu de la **Convention de 1951 relative au statut des réfugiés**, les réfugiés se verront accorder le même traitement que les nationaux des 142 Etats Parties en ce qui concerne la sécurité sociale, y compris pour ce qui est de la maternité, la maladie, l'invalidité et la vieillesse.



©OMS/Virot

Deux instruments spécifiques qui prévoient la protection des droits fondamentaux au travail et des droits humains des travailleurs migrants, et qui encouragent la coopération interétatique en matière de migration de la main-d'oeuvre, ont été élaborés par l'OIT. La **Convention N° 97 de l'OIT concernant les travailleurs migrants (révisée)**<sup>(194)</sup> couvre les individus qui migrent d'un pays à un autre en vue de travailler pour un employeur. La **Convention N° 143 de l'OIT sur les migrations dans des conditions abusives et sur la promotion de l'égalité de chances et de traitement des travailleurs migrants**<sup>(195)</sup> oblige les Etats Parties à respecter les droits fondamentaux de l'homme de tous les travailleurs migrants - quel que soit leur statut juridique.

(190) Voir la référence sous la note de bas de page 17.

(191) Ibid., paragraphe 12.

(192) Résolution 2002/31 de la Commission des Droits de l'Homme, Conseil économique et social, Genève.

(193) Résolution 1999/44 de la Commission des Droits de l'Homme, Conseil économique et social, Genève.

(194) Convention (N° 97) de l'OIT concernant les travailleurs migrants (adoptée le 1er juillet 1949, entrée en vigueur le 22 janvier 1952). La Convention est complétée par la recommandation (N° 86) concernant les travailleurs migrants (adoptée le 1er juillet 1949).

(195) 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 le 24 juin 1975, entrée en vigueur le 9 décembre 1978).

La dynamique qui a été à l'origine des négociations engagées par les Nations Unies sur le premier traité multilatéral visant à combattre le crime organisé - la **Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée** (2000)<sup>(196)</sup> - est venue de la prise de conscience, dans la période qui a suivi la guerre froide, du fait que de nombreuses formes de criminalité transnationale organisée représentaient une grave menace pour la démocratie. La Convention, qui est entrée en vigueur le 29 septembre 2003,<sup>(197)</sup> est complétée par le **Protocole visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants**, qui prévoit des mesures en vue d'assurer le rétablissement physique, psychologique et social des victimes de la traite des personnes.<sup>(198)</sup> Elle est également complétée par le **Protocole contre le trafic illicite de migrants par terre, air et mer**, qui comporte également des mesures relatives à la protection et à l'assistance que les Etats doivent apporter afin de protéger les droits de ces groupes de migrants particulièrement vulnérables.<sup>(199)</sup> Les deux Protocoles ont fait l'objet de quarante ratifications requises et entreront en vigueur au début de 2004.<sup>(200)</sup>

La **Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille** est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2003. L'une des idées maîtresses de cette Convention est que les travailleurs migrants ont droit à la protection de leurs droits humains fondamentaux quel que soit leur statut juridique. Elle reconnaît en particulier le droit de *tous* les travailleurs migrants et de leur famille à des soins médicaux d'urgence,<sup>(201)</sup> et le droit des travailleurs migrants *qui sont pourvus de documents ou en situation régulière* et de leur famille à l'égalité de traitement avec les ressortissants de l'Etat d'emploi et à l'accès aux services de santé.<sup>(202)</sup> Elle prévoit aussi une coopération entre les Etats pour protéger les migrants, réduire l'immigration irrégulière et l'exploitation des migrants et pour assurer leur retour dans la sécurité et la dignité.

Bien qu'il n'existe pas de traité juridiquement contraignant qui traite expressément du traitement des personnes déplacées sur le territoire de leur propre pays, il est important de souligner qu'elles ont tout autant droit à la protection du droit international que tous les autres citoyens de leur pays. En outre, l'Assemblée générale des Nations Unies a reconnu que les **principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays**,<sup>(203)</sup> bien que non juridiquement contraignants en eux-mêmes, sont fondés sur les droits humains existants et sur le droit humanitaire, et constituent le cadre normatif international pour apporter protection et assistance aux personnes déplacées sur le territoire de leur propre pays.

## CONFÉRENCES INTERNATIONALES (ENGAGEMENTS POLITIQUES POUR GARANTIR LES DROITS HUMAINS DES MIGRANTS)

Les conférences mondiales ont joué un rôle clé pour guider les travaux des Nations Unies depuis leur création: elles incitent les gouvernements et les ONG à agir; elles établissent des normes internationales et des principes directeurs qui guideront les politiques nationales; elles offrent un forum dans le cadre duquel de nouvelles propositions peuvent être débattues et un consensus recherché; et elles mettent en place des processus moyennant lesquels les gouvernements prennent des engagements et font régulièrement état des progrès accomplis. Plusieurs importantes conférences récentes des Nations Unies ont expressément mis l'accent sur les liens entre migration et santé.<sup>(204)</sup> Bien qu'elles ne fassent pas partie du cadre juridique international officiel des droits de l'homme, ces conférences donnent lieu à des déclarations et à des programmes d'action qui représentent des engagements de politique générale de la part des Etats-nations.

La **Déclaration et le Programme d'action de Vienne** (1993) ont appelé à accorder «une grande importance à la promotion et à la protection des droits des personnes appartenant à des groupes rendus vulnérables y compris les travailleurs migrants» et à l'élimination de toutes les formes de discrimination à leur égard. Ils ont instamment prié les Etats de créer des conditions propres à susciter plus d'harmonie et de tolérance entre les travailleurs migrants et le reste de la population de l'Etat dans lequel ils résident.<sup>(205)</sup>

Le Programme d'action de la **Conférence internationale sur la population et le développement** de 1994 inclut de nombreuses références aux migrants et à la santé. Ainsi, il appelle instamment les gouvernements à fournir aux migrants et aux réfugiés un accès à des services de santé appropriés. Il demande aussi aux gouvernements de veiller à ce que les personnes déplacées sur le territoire de leur propre pays bénéficient de services de santé de base, y compris de services de santé en matière de reproduction et de planification familiale.<sup>(206)</sup>

Le **Programme d'action de Beijing** (1995)<sup>(207)</sup> reconnaît que les femmes sont confrontées à des obstacles à une pleine égalité et à toute possibilité de progrès du fait de leur race, langue, origine ethnique, culture ou une autre situation. Il reconnaît aussi que des obstacles supplémentaires existent pour les femmes immigrantes et migrantes déplacées, y compris les travailleuses migrantes. Il appelle instamment les gouvernements à veiller à la pleine réalisation des droits humains

(196) Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée (adoptée le 15 novembre 2000, entrée en vigueur le 29 septembre 2003).

(197) *UN Convention against Transnational Organized Crime to enter into force on 29 September*. Vienne, Service de l'information de l'ONU, 7 juillet 2003 (communiqué de presse L/T/4373 - SOC/CP/263; <http://www.un.org/News/Press/docs/2003/lt4373.d.oc.htm>).

(198) Voir la référence sous la note de bas de page 159, article 46.

(199) Voir la référence sous la note de bas de page 160, article 16.

(200) En avril 2004, les signataires du Protocole contre le trafic illicite de migrants par terre, air et mer étaient au nombre de 112 et les Parties au nombre de 46. Les signataires du Protocole visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, étaient 117 et les parties 52. *Signatories to the UN Convention against Transnational Crimes and its Protocols*. Vienne, Office des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime, 2004 ([http://www.unodc.org/unodc/en/crime\\_cicp\\_signatures.html](http://www.unodc.org/unodc/en/crime_cicp_signatures.html)).

(201) CTM, article 28.

(202) *Ibid.*, articles 43 et 45.

(203) Voir la référence sous la note de bas de page 149.

(204) *World Migration Report*. Genève, Organisation internationale pour les Migrations, 2002, p. 88.

(205) Déclaration et Programme d'action de Vienne de la Conférence mondiale sur les droits de l'homme, Vienne, 1993. Document des Nations Unies A/CONF.157/23, partie I, paragraphe 24 et partie II, paragraphes 33 et 34.

(206) Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 1994. Document des Nations Unies A/CONF.171/13, paragraphe 922.

(207) Déclaration et Programme d'action de Beijing, Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 1995. Document des Nations Unies A/CONF.177/20, paragraphes 58.k-l) ; 125.b)-c).



© OIM/Chauzy 2003

de toutes les femmes migrantes, y compris les travailleuses migrantes; à les protéger contre la violence et l'exploitation; et à prendre des mesures pour permettre aux travailleuses migrantes en situation régulière d'accéder pleinement à l'autonomie. Il demande aussi la mise en place de services accessibles sur les plans linguistique et culturel à l'intention des femmes et des petites filles migrantes, y compris des travailleuses migrantes qui sont victimes de violence en raison de leur sexe, ainsi que la prise de conscience de la vulnérabilité des travailleuses migrantes, dont le statut juridique dans le pays d'accueil dépend d'employeurs qui risquent d'abuser de la situation, à la violence et à d'autres formes d'abus.

Le document final de 1999 proposant les principales mesures pour la poursuite de l'application du **Programme d'action de la Conférence du Caire (CIPD+5)** demande instamment aux gouvernements à la fois des pays d'origine et des pays d'accueil «d'assurer aux migrants une protection efficace [et] de fournir des services de santé de base et des services sociaux, y compris des services de santé en matière de sexualité et de reproduction et des services de planification familiale...». (208) Le même document appelle aussi à un soutien accru des populations réfugiées pour sauvegarder leur santé et leur bien-être.

Le **Rapport final Beijing+5** (2000) a réitéré les notions clés qui figuraient dans la Déclaration et le Programme d'action de Beijing de 1995. Le document a également souligné les risques découlant, pour la santé des femmes et des filles, des effets de la mondialisation sur les flux migra-

toires de main d'oeuvre: il s'agit d'un problème actuel qui entrave la mise en oeuvre intégrale de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing. (209)

La **Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA** adoptée par la **session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies** en juin 2001 appelle instamment les gouvernements à élaborer et à commencer à appliquer, aux niveaux national, régional et international, des stratégies qui facilitent l'accès aux programmes de prévention du VIH/SIDA pour les migrants et les travailleurs mobiles, d'ici à 2005, notamment en fournissant des informations sur les services sanitaires et sociaux. (210)

La **Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée**, qui s'est tenue à Durban, en Afrique du Sud, en 2001, a en particulier invité instamment «tous les Etats à interdire tout traitement discriminatoire à l'égard des étrangers, des travailleurs migrants au motif de la race, de la couleur, de l'ascendance ou de l'origine nationale ou ethnique, notamment, le cas échéant, en ce qui concerne l'octroi de visas, de permis de travail, le logement, les soins de santé et l'accès à la justice». (211) En outre, elle a recommandé aux pays accueillant les migrants d'«envisager[r] de leur fournir à titre prioritaire des services sociaux adéquats, notamment en matière de santé..., en coopération avec les institutions des Nations Unies, les organisations régionales et les organismes financiers internationaux». (212)

Le **Plan d'action international sur le vieillissement** adopté par la **Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le vieillissement** qui s'est tenue à Madrid en 2002 appelle à l'intégration des migrants âgés dans leurs nouvelles communautés moyennant «des mesures visant à aider les migrants âgés à continuer de bénéficier d'une sécurité économique et sanitaire». (213) ◆

(208) Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, New York, 1999. Document des Nations Unies G.A. RES/S-21/2, paragraphe 24.a). Voir également la référence sous la note de bas de page 204, paragraphe 88.

(209) Rapport du Comité plénier spécial de la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale, New York, 2000. Document des Nations Unies A/S-23/10/Rev.1.

(210) Résolution adoptée par l'Assemblée générale : Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. New York, 2001. Document des Nations Unies A/RES/S-26/2.

(211) Rapport de la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée, Durban 2001. Document des Nations Unies A/CONF.189/12, Programme d'action, paragraphe 81.

(212) Ibid., Programme d'action, paragraphe 30.

(213) Plan d'action international, Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid, 2002. Document des Nations Unies A/CONF.197/9, annexe 2.