

55^e CONSEIL DIRECTEUR

68^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 26 au 30 septembre 2016

Point 4.7 de l'ordre du jour

CD55/11, Rev. 1

7 octobre 2016

Original : anglais

LA SANTÉ DES MIGRANTS

Introduction

1. La migration humaine pose l'un des plus grands défis de santé publique dans le monde entier. La Déclaration universelle des droits de l'homme et d'autres instruments internationaux des droits de l'homme reconnaissent le droit de chaque personne à quitter tout pays, y compris le sien, et à retourner dans ce pays. La Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) stipule que "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." La Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle dispose que "Ce droit doit être promu et protégé sans distinction d'âge, d'ethnie, de sexe, de genre, d'orientation sexuelle, de langue, d'origine nationale, de lieu de naissance ou de toute autre condition. Promouvoir et protéger ce droit exige une articulation avec d'autres droits apparentés" (7, 8). Les droits de l'homme liés à la santé, tel qu'établi par la Déclaration universelle des droits de l'homme, appartiennent à toute personne, y compris les migrants, les réfugiés et autres non-nationaux (1-3).

2. La migration est définie comme le mouvement d'une personne ou d'un groupe de personnes, soit au-delà des frontières internationales, soit à l'intérieur d'un État. En tant que telle, la migration comprend le mouvement de toute personne, quelle que soit sa durée, sa composition ou sa cause. Il inclut le flux de réfugiés, de personnes déplacées, de migrants économiques (volontaires ou forcés), de travailleurs temporaires, d'étudiants, de migrants sans papiers et de personnes se déplaçant pour d'autres raisons, y compris la réunification familiale, avec divers déterminants de la santé, divers besoins, ressources, capacités et niveaux de vulnérabilité sur le plan de la santé. Malgré le grand nombre de catégories applicables au terme de « migrants », ce document met l'accent principalement sur la santé des personnes qui, en raison de leur situation de migrants, sont placées en situation de vulnérabilité (4-6).

3. La migration est non seulement la conséquence de l'insécurité humaine et des restrictions imposées aux droits de l'homme en matière de santé mais elle peut également y mener. Le dénuement économique, l'insécurité alimentaire, les risques environnementaux, la violence, la persécution politique et religieuse, ainsi que la discrimination sexospécifique ou due à l'origine ethnique peuvent entraîner des flux migratoires massifs. La fragmentation de la famille est une des conséquences principales de la migration. Plus d'un milliard de gens vivent ailleurs que sur leur lieu d'origine, que ce soit dans d'autres régions du même pays (migrants internes) ou dans d'autres pays (migrants internationaux). En 2014, le grand nombre de personnes appartenant à des populations déplacées a amené de nombreux experts à estimer que le monde fait face à "des niveaux de déplacement sans précédent," avec d'énormes répercussions sur la santé des populations et les systèmes de santé (1-4).

4. Bien que tous les droits de l'homme liés à la santé et protégés par la Déclaration universelle des droits de l'homme s'appliquent à tous de manière égale, y compris les migrants, ces derniers n'ont souvent pas accès à des services de santé adéquats et à une protection financière en matière de soins de santé. L'OMS estime qu'à l'échelle mondiale, les besoins de santé des migrants et des réfugiés ne sont pas systématiquement pris en considération et que l'accès aux services de santé dans les pays bénéficiaires reste très variable (1).

5. À cet égard, la *Stratégie de l'OPS pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (7, 8) établit le cadre dans lequel les pays de la Région peuvent formuler et mettre en œuvre des stratégies communes pour traiter les besoins de santé des populations migrantes. Un solide engagement vis-à-vis du droit à la santé, lorsqu'il est reconnu nationalement ou de la possession du meilleur état de santé, à l'équité et à la solidarité – tel qu'envisagé dans la stratégie susmentionnée – doit rester au centre des efforts de réponse aux besoins de santé des populations migrantes. Un tel engagement implique l'offre d'un accès à des services de santé de qualité complets pour les migrants dans leurs territoires d'origine et de destination, pendant le transit et à leur retour dans leur pays d'origine. Il y a donc lieu d'aborder les déterminants sociaux de la santé et l'élimination des barrières à l'accès aux services de santé, y compris les coûts, la langue, les différences culturelles, la discrimination et le manque d'information.

Antécédents

6. Les programmes politiques internationaux reconnaissent l'importance de la situation des migrants. Par exemple, les Nations Unies ont adopté la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille en 1990. Depuis lors, de nombreux autres instruments mondiaux ont été adoptés par le système des Nations Unies pour traiter de questions propres aux populations migrantes.¹ En 2008, l'OMS a adopté la résolution WHA61.17, "Santé des

¹ Au nombre de ceux-ci, mentionnons le Forum mondial sur la migration et le développement (FMMD). Ce cadre intergouvernemental, qui inclut la participation de représentants de la société civile, reflète une reconnaissance progressive des limitations que comporte le fait de se fier à une approche strictement

migrants”.² En octobre 2013, l'Assemblée générale de l'ONU a adopté la Déclaration du Dialogue de haut niveau sur les migrations internationales et le développement (résolution A/RES/68/4), qui reconnaît que la mobilité humaine est un facteur décisif du développement durable. Finalement, le Programme de développement durable à l'horizon 2030, adopté en 2015, reconnaît “la contribution positive des migrants à la croissance inclusive et au développement durable”. L'objectif 10 comprend une cible spécifique concernant la facilitation de la migration et de la mobilité de façon ordonnée, sans danger, régulière et responsable. (2, 4-6, 9-11).

7. Au Troisième Sommet des Amériques, tenu en avril 2011 à Québec (Canada), les chefs d'État et de gouvernement des Amériques ont convenu d'établir un programme interaméricain, au sein de l'Organisation des États Américains (OEA), pour la promotion et la protection des droits humains des migrants, y compris ceux des travailleurs migrants et de leurs familles. L'OEA reconnaît qu'étant donné la portée, la prévalence et l'importance du phénomène migratoire actuel, quasiment chaque État des Amériques est devenu un pays d'origine, de transit, de destination ou de retour pour les migrants et que, en conséquence directe de cette situation, la migration est devenue une priorité du programme politique et diplomatique de la Région (12).

8. Pendant des décennies, les États Membres de l'OPS ont mis en priorité la santé des populations migrantes et déplacées, en prenant des dispositions pour obtenir des réponses concertées. Au cours des conflits armés qui ont secoué l'Amérique centrale dans les années 1980, par exemple, les États Membres de l'OPS ont mis l'accent, dans le cadre de l'initiative « Santé : un pont pour la paix », entre autres stratégies, sur la nécessité de protéger les populations déplacées tout en fournissant des services de santé de qualité pour améliorer leur santé et leurs conditions de vie. Plus récemment, l'OPS a adopté plusieurs résolutions qui promeuvent l'incorporation des droits de l'homme et d'approches de la sécurité humaine dans les politiques, plans et programmes sanitaires nationaux, ainsi que dans les lois liées à la santé pour renforcer la résilience des populations migrantes dans les conditions de vulnérabilité les plus marquées. Il y a lieu de mentionner ici les résolutions et initiatives suivantes : La santé et les droits de l'homme (2010), Santé, sécurité humaine et bien-être (2010), Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques (2014), Plan d'action sur la coordination de l'aide humanitaire (2014), Politique de l'OPS en matière d'égalité des sexes (2005), Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (2014) (13-17, 8).

Analyse de la situation

9. Le volume des mouvements de populations volontaires ou forcés est à la hausse dans le monde entier, bien que les tendances soient différentes suivant les régions. La

nationale pour le traitement des questions de migration et les implications inhérentes au traitement de la question à l'échelle mondiale.

² Cette résolution et sa consultation mondiale de suivi (OMS, 2010) a identifié des priorités pour une approche stratégique de la santé des populations migrantes, y compris: le contrôle de la santé des migrants, les cadres stratégiques et juridiques, les systèmes, partenariats, réseaux et cadres multipays en matière de santé sensibles aux besoins des migrants.

population migrante actuelle dans le monde est estimée à un milliard de personnes, soit 232 millions de migrants internationaux et 740 millions de migrants internes. Dans les Amériques, les migrants internationaux sont au nombre d'environ 61,4 millions de personnes au total – plus de 85 % d'entre eux (53,09 millions) vivent dans la partie nord des Amériques, alors que les autres 15 % résident en Amérique latine et dans les Caraïbes.³ En outre, le niveau de la migration intrarégionale s'est accru au sein des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, une tendance associée à une plus grande intégration économique dans cette région. De plus, un grand nombre de personnes sont considérées comme étant déplacées à l'intérieur des frontières de leurs propres pays (18-20).

10. L'association entre la migration et les effets néfastes sur la santé varie selon les sous-groupe de migrants et selon les conditions de vulnérabilité, l'origine ethnique, le genre et la région d'origine et de destination. De nombreuses personnes meurent chaque année durant leur tentative de migration. De plus, des études épidémiologiques ont démontré une détérioration de l'état de santé des migrants en conditions de vulnérabilité, qui s'accroît avec la durée de résidence dans le nouveau pays. Elle a été attribuée à une acculturation négative et à l'adoption de comportements malsains plus prévalents dans la société d'accueil, notamment le tabagisme, la consommation d'alcool et l'inactivité physique avec le gain de poids qui lui est associé. Des facteurs psychosociaux peuvent également jouer un rôle dans la détérioration de la santé après la migration. L'inadéquation entre les diplômes des immigrants et leur situation professionnelle dans le pays hôte peut constituer une source de stress, ainsi que la recherche d'un nouveau réseau de soutien social (10, 21-23).

11. Ces facteurs font que les migrants courent un risque plus élevé d'accident du travail, de violence sexuelle, de toxicomanie, de troubles psychologiques et de contracter des maladies infectieuses telles que des infections sexuellement transmissibles, le VIH/sida, la tuberculose et l'hépatite. Ces risques sont exacerbés par un accès limité aux prestations sociales et services de santé dans les territoires d'origine ou de retour, de transit et de destination.⁴ En outre, les urgences sanitaires et les catastrophes peuvent aggraver les risques de santé pour ces populations (18, 19).

12. L'identité sexuelle, l'expression sexuelle, l'orientation sexuelle ou l'origine ethnique d'une personne, parmi d'autres facteurs, peuvent être associées à des risques

³ Les flux migratoires entraînent également d'importants flux financiers avec des répercussions économiques importantes pour de nombreux pays de la Région. La Banque mondiale estime qu'en 2014, les transferts de fonds vers l'Amérique latine et les Caraïbes représentaient US\$ 64 milliards, soit une augmentation de 5,3 % du taux de croissance par rapport à l'année précédente.

⁴ Une étude de 2015 réalisée par le ministère de la Santé du Mexique et l'OPS montre que parmi les visites de migrants dans les centres de santé primaires du Chiapas, principalement par des personnes en transit du Guatemala et du Honduras, 79 % se font pour des maladies respiratoires, 75 % pour des maladies du système digestif, 48 % pour des dermatites, 42 % pour des insulations, 64 % pour des blessures involontaires, 42 % pour des causes de violence et 33 % pour des conditions de santé mentale, y compris des addictions (4). Selon une étude similaire menée par l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et la Faculté latino-américaine des sciences sociales (connue sous son acronyme espagnol FLACSO) au Guatemala (4), la tristesse, le manque d'appétit, la dépression et l'anxiété comptaient au nombre des principales plaintes liées à la santé des migrants déportés.

spécifiques pour la santé et la vulnérabilité différenciée d'une personne avant, pendant et après la migration. Les questions de genre et d'origine ethnique, parmi d'autres facteurs, peuvent influencer les raisons de la migration, ainsi que les réseaux sociaux que les migrants utilisent pour se déplacer dans les communautés d'accueil, leurs expériences durant le transit, les expériences d'intégration au lieu de destination et les relations avec le pays d'origine. Par exemple, les femmes sont plus souvent affectées par la violence, l'abus et le viol. De plus, il existe des preuves substantielles d'iniquité tant dans l'état de santé des membres de groupes ethniques que dans l'accessibilité et la qualité des services de santé qui leur sont disponibles, en raison de l'exclusion sociale (24, 25).

13. Dans la plupart des pays de destination, les immigrants deviennent des minorités exclues d'une pleine participation et intégration dans la société, et ceci peut s'étendre à leurs enfants. Des conditions d'exclusion différenciées⁵ se présentent dans les pays où l'appartenance à la nation est profondément enracinée dans l'appartenance à un groupe ethnique spécifique, et la diversité ethnique et culturelle est vue comme une menace à la culture nationale. Des politiques d'intégration nationales promeuvent l'inclusion des immigrants dans la société au sens large avec leur pleine participation, le cas échéant, dans tous les domaines de la vie civile, économique, sociale et culturelle. De fortes politiques d'intégration ont été liées à de meilleures conditions de santé parmi les immigrants (19-21).

14. Aux niveaux mondial et national, les politiques et stratégies sanitaires pour gérer les conséquences de la migration sur la santé n'ont pas suivi le rythme des défis croissants qui se sont présentés relativement à la vitesse et à la diversité de la migration moderne, et ne traitent pas adéquatement les inégalités en santé et les facteurs déterminants de la santé des migrants, y compris les obstacles à l'accès aux services de santé, à l'emploi et aux conditions de vie (15).

Proposition

15. Les États Membres de l'OPS ont montré une appréciation grandissante pour l'élaboration de politiques et programmes de santé qui abordent les inégalités en santé et améliorent l'accès aux services de santé. Les quatre axes stratégiques d'intervention définis dans le cadre de la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (7) constituent le cadre général pour les actions du système de santé pour protéger la santé et le bien-être des migrants. Ils reconnaissent les contributions des stratégies ou mandats antérieurs de l'OPS qui traitent de cette question et qui s'alignent sur d'autres stratégies et engagements, y compris les objectifs de développement durable à l'horizon 2030. Reconnaisant que les migrants constituent un groupe en situation de vulnérabilité dans notre Région, les États Membres, selon leur contexte, priorités et cadres institutionnels et juridiques, peuvent miser sur les éléments de politique suivants pour traiter des besoins en santé différenciés des migrants.

⁵ Un ensemble de politiques caractérisées par l'incorporation d'immigrants dans certains secteurs de la société (p.ex. marché du travail) mais pas dans d'autres (p.ex. systèmes de protection sociale, citoyenneté et participation politique) produisent des conditions d'exclusion différenciées.

16. ***Des services de santé qui sont inclusifs et qui répondent aux besoins en santé des migrants.*** Les services de santé doivent être inclusifs et répondre aux besoins en santé des migrants, et doivent être facilement accessibles aux migrants grâce à l'élimination des barrières géographiques, économiques et culturelles. Le traitement des besoins spécifiques et différenciés des migrants doit être une composante clé dans le contexte de l'avancement d'un pays vers des services de santé complets, de qualité, universels et progressivement étendus. Une réponse intégrale aux besoins des personnes migrantes implique le maintien d'interventions ciblées pour réduire les risques sanitaires des migrants ainsi que le renforcement de programmes et services qui sont sensibles à leurs conditions et besoins. Cet effort devra inclure la prestation de soins de santé qui tiennent compte des questions de culture, de religion et de genre, et qui donnent aux migrants accès aux services dans le système de santé souvent complexe du pays de transit ou de destination. Les migrants sans papiers constituent un sous-groupe en conditions de vulnérabilité la plus marquée en raison de leur accès limité aux soins de santé ou à d'autres services publics disponibles pour les migrants en situation régulière.

17. ***Des aménagements institutionnels pour fournir un accès à des services de santé exhaustifs, de qualité et axés sur les personnes.*** Dans le contexte de l'engagement de chaque État Membre à fournir un accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle, les autorités sanitaires nationales doivent diriger les efforts visant à modifier ou améliorer le cadre réglementaire et juridique afin de traiter les besoins de santé spécifiques des personnes, familles et groupes de migrants conformément aux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme en matière de santé. Il est de la plus haute importance de procéder à des aménagements institutionnels pour fournir un accès à des services complets, de qualité et axés sur les personnes et la communauté conformément au droit international et aux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme en matière de santé en vigueur. Les États Membres doivent procéder aux aménagements institutionnels adéquats pour garantir que ces mécanismes sont en place et de sensibiliser la population aux droits, besoins et conditions de vulnérabilité des migrants. De plus, les pays doivent travailler en étroite collaboration pour améliorer les services de santé le long des frontières pour protéger les personnes, les familles et les populations migrantes lors du transit à travers les frontières internationales. En outre, les États Membres doivent travailler conjointement pour surveiller la situation de santé des migrants et leurs conditions de vulnérabilité.

18. ***Des mécanismes pour fournir une protection financière en santé.*** Dans le contexte de l'engagement de chaque État Membre d'accroître et d'améliorer le financement pour la santé, avec équité et efficacité, et de faire des progrès en vue de l'élimination du paiement direct qui constitue une barrière à l'accès au point de service, les États Membres doivent améliorer les systèmes de financement de la santé pour que les migrants disposent du même niveau de protection financière en matière de santé que les autres personnes vivant dans leur pays, quel que soit leur statut migratoire tout en tenant compte de leur contexte, priorités et cadres institutionnels et juridiques nationaux. Les migrants, parmi d'autres groupes en conditions de vulnérabilité, sont les plus affectés par des difficultés d'accès aux soins de santé pour des raisons financières, en particulier les mineurs non accompagnés. Les États Membres doivent renforcer la coordination

intersectorielle pour promouvoir le concept que les migrants en conditions de vulnérabilité doivent également avoir accès aux programmes de protection sociale aux mêmes conditions que le reste de la population.

19. ***L'action intersectorielle et le développement de partenariats, réseaux et cadres multipays.*** Les États Membres devront s'efforcer de garantir qu'il est tenu compte des conditions spécifiques de vulnérabilité des migrants lors du processus de formulation et de mise en œuvre des politiques qui visent à répondre au problème des déterminants sociaux de la santé. Ils devront faire preuve de leadership dans ce domaine. L'action intersectorielle devra viser le développement de la résilience individuelle et communautaire, en promouvant des politiques et programmes sociaux sensibles à la situation des migrants, et en développant des partenariats, réseaux et cadres qui impliquent plusieurs pays. Ceci inclut, dans le contexte des objectifs de développement durable, la sensibilisation à l'élaboration de politiques sur la migration pour promouvoir une migration digne, ordonnée, régulière et sans danger pour le bénéfice de tous. En particulier, une action intersectorielle est requise pour promouvoir le même degré de protection sociale pour les migrants que pour les autres personnes vivant dans le même pays, y compris, et ce dans une mesure adéquate, l'accès à un abri, aux installations sanitaires, à la nourriture et à la sécurité dans le pays d'origine, de transit, de destination et de retour.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

20. Le Conseil directeur est prié d'examiner l'information fournie dans le présent document et d'envisager l'adoption de la résolution présentée à l'annexe A.

Annexes

Références

1. Nations Unies. Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. Assemblée générale. 10 décembre 1948. Article 13(2). New York, ONU [consulté le 10 avril 2016]. Disponible sur : <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>
2. Organisation mondiale de la Santé. Santé des migrants [Internet]. 61^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 19 au 24 mai 2008. Genève : OMS ; 2008 (résolution WHA61.17) [consulté le 10 avril 2016]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/25937/1/A61_R17-fr.pdf
3. United Nations High Commissioner for Refugees [Internet]. World at war. UNHCR global trends. Forced Displacement in 2014. Geneva : UNCHR ; 2015 [consulté le 10 avril 2016]. Disponible sur : <http://www.unhcr.org/556725e69.pdf>

4. Health—an explicit human right [editorial]. The Lancet 2016 ; Vol. 387, March 5, 2016. [consulté le 10 avril 2016]. Disponible sur :
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00629-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00629-2/abstract)
5. Organisation mondiale de la Santé. Promotion de la santé des migrants et des réfugiés. Rapport du Secrétariat [Internet]. 138^e session du Conseil exécutif ; du 25 au 30 janvier 2015. Genève : OMS ; 2015 (document EB138/26) [consulté le 8 avril 2016]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_26-fr.pdf
6. Nations Unies. Convention Internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille [Internet]. Adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 18 décembre 1990. New York : ONU (résolution A/RES/45/158) [consulté le 11 avril 2016]. Disponible sur :
<http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CMW.aspx>
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 53^e Conseil directeur, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS ; 2014 (document CD53/5, Rev. 2) [consulté le 11 avril 2016]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27311&Itemid=270&lang=fr
8. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 53^e Conseil directeur, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (résolution CD53.R14) [consulté le 1^{er} février 2016]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27599&Itemid=270&lang=fr
9. Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 [Internet]. Assemblée générale, Soixante-dixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; du 11 au 18 septembre 2015 ; New York : ONU ; 2015 (résolution A/RES/70/1) [consulté le 1^{er} février 2016]. Disponible sur :
http://www.un.org/fr/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1
10. Organisation internationale pour les migrations. Dialogue International sur la Migration 2016: suivi et examen des points relatifs à la migration dans les objectifs de développement durable [Internet]. Siège des Nations Unies, New York. [consulté le 11 avril 2016]. Disponible sur :

- [http://www.iom.int/sites/default/files/our_work/ICP/IDM/2016_IDM/Note conceptuelle.pdf](http://www.iom.int/sites/default/files/our_work/ICP/IDM/2016_IDM/Note_conceptuelle.pdf)
11. Nations Unies. Déclaration du Dialogue de haut niveau sur les migrations internationales et le développement [Internet]. 68^e session de l'Assemblée générale ; les 3 et 4 octobre 2013. New York : ONU ; 2013 (document A/RES/68/4). [consulté le 10 avril 2016]. Disponible sur : http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/68/4
 12. Organisation des États Américains. Proposition de mise à jour du Programme interaméricain de promotion et de protection des droits humains des migrants, y compris les travailleurs migrants et leurs familles. Conseil interaméricain pour le développement intégré, Commission des questions de migration. Washington, DC : OAS ; 2016 (document CIDI/CAM/doc.19/15 Rev.9) [consulté le 11 avril 2016]. Disponible sur : http://scm.oas.org/doc_public/FRENCH/HIST_16/CIDRP01380F06.doc
 13. Organisation panaméricaine de la Santé. La santé et les droits de l'homme [Internet]. 50^e Conseil directeur, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2010 (résolution CD50.R8) [consulté le 10 avril 2016]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R8-f.pdf>
 14. Organisation panaméricaine de la Santé. Santé, sécurité humaine et bien-être [Internet]. 50^e Conseil directeur, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2010 (résolution CD50.R16) [consulté le 10 avril 2016]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R16-f.pdf>
 15. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques [Internet]. 53^e Conseil directeur, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (résolution CD53.R2). [consulté le 10 avril 2016]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27550&Itemid=270&lang=fr
 16. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire [Internet]. 53^e Conseil directeur, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (résolution CD53.R9). [consulté le 10 avril 2016]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27562&Itemid=270&lang=fr

17. Organisation panaméricaine de la Santé. Projet de politique de l'OPS en matière d'égalité des sexes [Internet]. 46^e Conseil directeur de l'OPS, 57^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2005 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2005 (document CD46/12) [consulté le 1^{er} février 2016]. Disponible sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/269/CD46.r16-f.pdf>
18. Organisation internationale pour les migrations. État de la migration dans le monde 2015, Les migrants et les villes : de nouveaux partenariats pour gérer la mobilité [Internet]. Genève : OIM ; 2015. [consulté le 10 avril 2016]. Disponible sur : <https://www.iom.int/fr/etat-de-la-migration-dans-le-monde-2015>
19. United Nations, Department of Economics and Social Affairs, Population Division. International migration [Internet]. New York: UNDESA ; 2008 [consulté le 10 avril 2016]. Disponible sur : <http://esa.un.org/unmigration/>
20. Gushulak BD, MacPherson DW. The basic principles of migration health: Population mobility and gaps in disease prevalence. *Emerging Themes in Epidemiology* 2006, 3:3. BioMed-Open Access. Accessed from www.wet-online.com/content/3/1/3 Division [consulté le 12 avril 2016].
21. MacPherson DW, Gushulak BD, MacDonald L. Health and Foreign policy: influence of migration and population mobility. *Bulletin of the WHO*, March 2007, 85(3) Division [consulté le 12 avril 2016].
22. Gushulak BD, Weekers J, MacPherson, DW. Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework. *Emerging Health Threats Journal* 2010. Division [consulté le 11 avril 2016] 2:e10, 2010.
23. Urquia, ML, Gagnon, AJ. Glossary: Migration and Health. *Journal of Epidemiology and Community Health* (2011):jech-2010.
24. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. Comment les systèmes de santé peuvent aplanir les inégalités de santé liées à la migration et l'ethnicité [Internet]. Copenhague : OMS ; 2010. [consulté le 10 avril 2016]. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/how-health-systems-can-address-health-inequities-linked-to-migration-and-ethnicity>
25. Urquia, ML, et al. International migration and adverse birth outcomes: role of ethnicity, region of origin and destination. *Journal of Epidemiology and Community Health* [consulté le 10 avril 2016] 64.3 (2010)243-251.

55^e CONSEIL DIRECTEUR

68^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 26 au 30 septembre 2016

CD55/11, Rev. 1
Annexe A
Original : anglais

PROJET DE RÉSOLUTION

LA SANTÉ DES MIGRANTS

LE 55^e CONSEIL DIRECTEUR,

(PP1) Ayant examiné le document de politique *La santé des migrants* (document CD55/11, Rev. 1) ;

(PP2) Reconnaissant que la migration humaine est l'une des priorités représentant le plus grand défi pour la santé publique mondiale ;

(PP3) Considérant que la Déclaration universelle des droits de l'homme et le droit international reconnaissent le droit de toute personne de quitter tout pays, y compris le sien, et que les droits et libertés ancrés dans la Déclaration, y compris les droits liés à la santé, appartiennent à toutes les personnes, y compris les migrants, les réfugiés et autres non nationaux ;

(PP4) Considérant le besoin pressant pour la majorité des pays de renforcer leurs systèmes de santé, y compris dans la perspective du droit à la santé là où il est reconnu à l'échelle nationale, et de promouvoir le droit de posséder le meilleur état de santé possible, avec les objectifs fondamentaux d'obtenir l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ;

(PP5) Reconnaissant que la situation délicate des migrants est de plus en plus reconnue et que son importance est reflétée dans le programme international, le Programme de développement durable à l'horizon 2030, et plus récemment dans la déclaration de New York approuvée par l'Assemblée générale des Nations Unies tenue en septembre 2016¹ ;

¹ [Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants](#) (A/71/L.1).

(PP6) Observant que pendant des décennies, les États Membres de l'OPS ont accordé la priorité à la santé des populations migrantes et déplacées, en concluant des accords pour des réponses concertées ; reconnaissant que l'OPS a adopté plusieurs résolutions qui promeuvent l'incorporation du respect des droits de l'homme et de la sécurité humaine dans les politiques, plans et programmes de santé nationaux, ainsi que dans les lois liées à la santé pour renforcer la résilience des membres des populations migrantes en conditions de vulnérabilité les plus marquées ;

(PP7) Reconnaisant que les zones frontalières constituent des points de passage migratoire dotés de caractéristiques spécifiques qui exigent des initiatives bilatérales ou multilatérales pour discuter et coordonner les actions dans le domaine de la santé ;

(PP8) Notant que les États Membres de l'OPS ont montré une appréciation croissante pour l'élaboration de politiques et programmes de santé qui traitent les iniquités en santé et améliorent l'accès aux services de santé ;

(PP9) Reconnaisant que *la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*, adoptée par la Résolution CD53.R14 (2014), constitue un cadre pour l'action des systèmes de santé pour protéger la santé et le bien-être des migrants, et reconnaissant les contributions de stratégies et mandats antérieurs de l'OPS qui traitent de cette question et sont alignés sur d'autres stratégies et engagements y relatifs, y compris les objectifs de développement durables à l'horizon 2030,

DÉCIDE :

(OP)1. De soutenir le document de politique *La santé des migrants* (document CD55/11, Rev. 1).

(OP)2. De prier instamment les États Membres, tout en tenant compte de leur contexte, priorités et cadres institutionnels et juridiques :

- a) d'utiliser ce document de politique dans leurs efforts visant à créer des politiques et programmes de santé pour traiter les iniquités en santé qui affectent les migrants et préparer des interventions ciblées pour réduire les risques de santé pour les migrants en renforçant les programmes et services qui sont sensibles à leurs conditions et besoins ;
- b) de diriger les initiatives visant à modifier ou améliorer les cadres réglementaires et juridiques afin de traiter les besoins de santé spécifiques des personnes, familles et groupes de migrants ;

- c) de faire des progrès en vue de fournir aux migrants l'accès au même niveau de protection financière² et de services de santé complets, de qualité et progressivement étendus dont bénéficient d'autres personnes vivant sur le même territoire, indépendamment de leur statut migratoire tout en tenant compte de leur contexte, priorités et cadres institutionnels et juridiques nationaux ;
- d) de promouvoir des initiatives sur les plans bilatéral, multilatéral, national et local, en vue de déboucher sur des propositions de coordination et de formulation de programmes et de politiques concernant les questions de santé considérées d'intérêt commun dans les zones frontalières connexes.

(OP)3. De demander à la Directrice :

- a) d'utiliser le document de politique *La santé des migrants* pour accroître la sensibilisation et promouvoir la mobilisation de ressources nationales pour élaborer des politiques et programmes qui sont sensibles aux besoins en santé des populations migrantes ;
- b) d'élaborer des actions, des ressources techniques et des outils pour appuyer l'inclusion des éléments de la politique proposée dans le programme de travail de l'OPS ;
- c) de renforcer les mécanismes interinstitutionnels de coordination et de collaboration pour obtenir des synergies et l'efficacité en matière de coopération technique, y compris au sein du système des Nations Unies, et en particulier avec l'Organisation internationale pour les migrations, le système interaméricain et d'autres parties prenantes qui œuvrent à l'amélioration de la santé et de la protection des migrants dans les pays d'origine, de transit et de destination ;
- d) de faciliter l'échange d'expériences entre les États Membres et de créer une base d'information sur les expériences pertinentes dans les pays de la Région des Amériques.

² La protection financière, tel qu'établie dans la Stratégie pour l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle (document CD53/5, Rev. 2 [2014]), est un moyen de "progresser vers l'élimination du paiement direct [...] qui se transforme en obstacle à l'accès au moment de la prestation de services évitera l'appauvrissement et l'exposition à des dépenses catastrophiques. L'augmentation de la protection financière va diminuer les iniquités dans l'accès aux services de santé".



Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura pour le BSP le projet de résolution

1. Point de l'ordre du jour : 4.7 - La santé des migrants

2. Lien avec le [Programme et budget de l'OPS 2016-2017](#) :

a) **Catégorie** : 4 - Systèmes de santé

b) **Domaines programmatiques et résultats intermédiaires** :

4.1 - Gouvernance et financement de la santé ;

4.2 - Services de santé intégrés, de qualité, axés sur les personnes ;

4.3 - Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire ;

4.5 - Ressources humaines pour la santé.

Il est important de noter que la couverture sanitaire universelle est un pilier central du Plan stratégique et que, par conséquent, elle requiert une action étroite et coordonnée avec d'autres catégories, en particulier la catégorie 3, qui inclut les déterminants sociaux de la santé, les thèmes transversaux (genre, équité, ethnicité et droits de l'homme) et le parcours de vie. De plus, le renforcement des services justifie la coordination avec des programmes prioritaires, y compris les maladies non transmissibles.

3. **Incidences financières** :

a) **Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (activités et personnel compris)** :

La résolution coïncide avec la période 2016-2019 du Plan stratégique de l'OPS. Il n'y a pas de coût estimatif additionnel au-delà du coût déjà estimé pour la mise en œuvre du Plan stratégique.

b) **Coût estimatif pour l'exercice 2016-2017** :

Non applicable.

c) **Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?**

Les actions de coopération technique pour la mise en œuvre de cette politique peuvent et doivent être intégrées dans les activités programmées.

4. Incidences administratives

a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :

Tous les niveaux de l'Organisation doivent exécuter des actions pour la mise en œuvre de cette politique, en fonction des responsabilités définies.

b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :

Aucun besoin supplémentaire de dotations en personnel n'est anticipé.

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :

Les calendriers d'activités de mise en œuvre et d'évaluation s'alignent sur ceux qui ont été établis dans la planification stratégique et opérationnelle de l'Organisation, c'est-à-dire avec ses programmes et budgets et avec le Plan stratégique, conformément au calendrier établi par les Organes directeurs.

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR
AUX MISSIONS DE L'ORGANISATION**

1. Point de l'ordre du jour : 4.7 - La santé des migrants

2. Unité responsable : Systèmes et services de santé / Services de santé et accès (HSS/HS)

3. Fonctionnaires chargés de la préparation : Drs Amalia Del Riego, Reynaldo Holder et Ernesto Bascolo

4. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017](#) :

Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 établit huit domaines d'intervention, parmi eux : aborder les déterminants de la santé, augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité, réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein. Des groupes spécifiques de migrants sont placés dans des conditions de vulnérabilité, d'insécurité humaine, d'accès limité à la santé et à la protection sociale et de restriction des droits de l'homme liés à la santé.

5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Plan stratégique de l'OPS 2014-2019](#) :

Sous le thème « Défense de la santé : développement durable et équité », le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 vise à réduire les iniquités en matière de santé tant au sein des pays qu'entre eux afin d'améliorer les résultats sanitaires. Le Plan s'appuie sur deux piliers : couverture sanitaire universelle et traitement des déterminants sociaux de la santé. D'autre part, il identifie quatre thématiques transversales qui sont centrales au traitement des déterminants sociaux de la santé: genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique. Tel que mentionné antérieurement, des groupes spécifiques de migrants sont placés dans des conditions de vulnérabilité, d'insécurité humaine, d'accès limité à la santé et à la protection sociale et de restrictions de santé. Comme il s'agit là, dans leur ensemble, de droits de l'homme liés à la santé, le traitement des besoins de santé des migrants est central à la réduction des iniquités dans la Région.

6. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :

Il n'y a pas de centres collaborateurs ou d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour.

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

Les États Membres de l'OPS ont mis en priorité la santé des populations migrantes et déplacées, en créant des accords pour des réponses concertées. Au cours des conflits armés qui ont secoué l'Amérique centrale dans les années 1980, par exemple, les États Membres de l'OPS ont mis l'accent, dans le cadre de l'initiative « Santé : un pont pour la paix », entre autres stratégies, sur la nécessité de protéger les populations déplacées tout en fournissant des services de santé de qualité pour améliorer leur santé et conditions de vie. Plus récemment, l'OPS a adopté plusieurs résolutions qui promeuvent l'incorporation d'approches de droits de l'homme et de sécurité humaine dans les réponses de santé des pays.

8. Incidences financières du point de l'ordre du jour en question :

Il n'y a pas d'incidence financière pour ce point de l'ordre du jour.