

JO VEAREY
CHARLES HUI
KOLITHA WICKRAMAGE



7 MIGRATION ET SANTÉ : PROBLÈMES ACTUELS, GOUVERNANCE ET LACUNES EN MATIÈRE DE CONNAISSANCES¹

Introduction

Les rapports entre la migration et la santé sont dynamiques et complexes. La migration peut accroître l'exposition aux risques sanitaires, notamment parmi les travailleurs migrants qui ont un emploi précaire et un accès limité à des soins de santé abordables. Mais elle peut aussi se traduire par une amélioration de la santé – par exemple quand une personne quitte un contexte caractérisé par des persécutions et la peur de violences pour un environnement sûr. Le présent chapitre examine les quatre aspects clés de la thématique migration et santé : a) la santé des migrants considérés individuellement (la « santé des migrants ») ; b) comment la migration peut influencer sur la santé des populations (la « santé publique ») ; c) les réponses des systèmes de santé ; et d) la gouvernance mondiale de la santé dans le contexte migratoire.

Le premier aspect – la santé des migrants – peut être défini comme les différences en matière de santé entre les migrants et les populations des pays d'origine et d'accueil, et entre les divers contextes migratoires, tels que la migration de main-d'œuvre, les déplacements internes et internationaux, ou la migration irrégulière. Selon leurs interactions avec les multiples facteurs qui déterminent leur santé avant, pendant et après leur voyage de migration, les migrants verront leur état de santé s'améliorer ou, au contraire, se détériorer. Ces facteurs – appelés déterminants sociaux de la santé – incluent l'accès à un transit sûr, à un logement de qualité et à des soins de santé.

Le deuxième aspect – la santé publique – est axé sur la façon dont la migration peut influencer sur la santé des populations, y compris la manière dont les migrants en bonne santé peuvent promouvoir le développement économique et social et contribuer à l'objectif mondial de couverture sanitaire universelle, dont le but est d'assurer à tous un accès à des soins de santé abordables et de qualité². Cependant, si elles sont mal gérées, les migrations peuvent avoir des effets négatifs sur la santé des populations. Par exemple, une mère migrante qui rencontre des difficultés de régularisation ne pourra peut-être pas accéder en temps voulu à des soins de santé pour son enfant – y compris les vaccins – de peur d'être arrêtée, détenue ou expulsée. Cette situation peut contribuer à la propagation de maladies transmissibles, telles que la rougeole, en deçà et par-delà les frontières et avoir des effets préjudiciables pour la santé de toute la population.

Le troisième aspect concerne les réponses des systèmes de santé aux questions sanitaires dans le contexte migratoire. L'élaboration de réponses en matière de soins de santé soucieuses des migrants et la surveillance de la santé de ces derniers selon une approche qui place la santé dans le contexte migratoire au cœur de

1 Jo Vearey, African Centre for Migration and Society, Université du Witwatersrand et Centre of African Studies, Université d'Édimbourg ; Charles Hui, Faculté de médecine, Université d'Ottawa ; et Kolitha Wickramage, Coordonnateur mondial de l'épidémiologie et des recherches sur la santé dans le contexte migratoire, OIM Manille.

2 CSU2030, 2017.

toutes les politiques peuvent permettre de répondre aux besoins sanitaires des migrants. Des réponses mal gérées, insuffisantes ou discriminatoires de la part des systèmes d'immigration et de santé peuvent avoir de nombreuses conséquences négatives pour la santé des migrants et des communautés avec lesquelles ils interagissent.

Le quatrième aspect concerne la gouvernance mondiale de la santé dans le contexte migratoire, qui suppose de s'intéresser aux moyens dont la migration et la santé peuvent être intégrées dans les processus de gouvernance mondiaux, notamment en définissant des possibilités stratégiques clés pour ce faire.

Ce chapitre examine ces quatre aspects clés. Il commence par donner un bref aperçu des définitions et des déterminants. Il passe ensuite en revue les facteurs qui déterminent les vulnérabilités sur le plan de la santé et les facteurs de résilience de divers groupes de migrants, avant de présenter les mesures prises par différents systèmes et les approches actuelles de gouvernance de la santé dans le contexte migratoire. Après avoir souligné d'importantes lacunes en matière d'éléments factuels, le chapitre insiste en conclusion sur l'importance d'investir dans une bonne gouvernance des migrations et de la santé, et explique comment renforcer idéalement les approches actuelles.

Migration et santé : données clés

- **Une bonne santé englobe le bien-être mental, social et physique^a.** La thématique migration et santé recouvre les préoccupations sanitaires qui découlent de la mobilité humaine, comme la transmission de maladies infectieuses. Elle doit s'intéresser à tous les aspects du bien-être dans le contexte de la migration et associer toutes les personnes touchées, y compris les familles de migrants, et veiller à la santé publique des communautés avec lesquelles les migrants interagissent à toutes les étapes de leur voyage de migration^b.
- **Les migrants sont souvent en meilleure santé que les personnes restées au pays, témoignant ainsi de ce qu'on appelle l'effet « migrant en bonne santé ».** Cela signifie que ceux qui migrent ont tendance à être en meilleure santé et à vivre plus longtemps que les membres des communautés d'origine et d'accueil^c. Les vulnérabilités sur le plan de la santé et les facteurs de résilience sont fluctuants et évoluent avec le temps, de sorte que ce bon état de santé peut – si la migration n'est pas gérée correctement – se détériorer du fait des mauvaises conditions de vie et de travail après la migration^d.
- **Les migrants ne sont pas automatiquement vulnérables aux mauvais résultats en matière de santé.** Ce sont les conditions associées aux différentes étapes du voyage de migration (avant le départ, durant le transit, à l'arrivée et après le retour) qui peuvent avoir des effets positifs ou négatifs sur la santé^e.
- **De nombreux migrants ont du mal à accéder aux soins de santé.** Malgré les normes relatives aux droits de l'homme concernant le droit à la santé, et malgré la promotion de la couverture sanitaire universelle pour tous, les États ne sont tenus de fournir qu'un ensemble minimum de soins médicaux d'urgence aux migrants irréguliers^f. Même les migrants réguliers se heurtent parfois à des obstacles juridiques, au racisme et à la corruption, ce qui entrave leur accès aux soins de santé^g. En outre, il est fréquent que les migrants sous-utilisent les services de soins de santé et retardent le moment d'y faire appel^h.

- **Des migrations dans des conditions saines peuvent être bénéfiques pour la santé des communautés.** Par exemple, garantir la bonne santé des travailleurs migrants peut – grâce aux fonds rapatriés au pays – améliorer le statut socioéconomique des membres de la famille et, par conséquent, promouvoir l'accès aux soins de santé et à l'éducation.
- **Les fournisseurs de soins de santé se heurtent à des difficultés pour gérer les soins aux migrants,** y compris : les barrières linguistiques et culturelles, les ressources insuffisantes dont disposent les systèmes de santé pour fournir des services, et les contradictions entre les normes professionnelles/la déontologie et les lois nationales qui limitent le droit des migrants aux soins de santé.
- **Une impulsion et des investissements stratégiques sont nécessaires pour créer des alliances entre les systèmes de gestion des migrations et le secteur de la santé.** Une action multisectorielle doit appuyer la création d'alliances entre les acteurs de l'immigration et ceux de la santé dans divers secteurs de gouvernance : l'État, la société civile – y compris les groupes de migrants –, le secteur privé et les milieux universitairesⁱ.
- **Les investissements aux fins de la santé dans le contexte migratoire favorisent le développement social et économique.** Il est essentiel d'investir dans le suivi et l'atténuation des risques sanitaires pour préserver la santé des migrants, et contribuer ainsi à la réalisation des objectifs de développement durable et des cibles mondiales en matière de santé.
- **Les capacités de recherche en matière de santé dans le contexte migratoire doivent être renforcées dans le monde entier, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.** Les résultats actuels des recherches sont excessivement concentrés sur quelques catégories de migrants et un nombre limité de préoccupations sanitaires, ainsi que sur la migration à destination et au départ de pays à revenu élevéⁱ.

a OMS, 1946.

b Wickramage *et al.*, 2018b.

c Aldridge *et al.*, 2018.

d Ibid.

e OIM, 2004.

f Lougarre, 2016.

g Migrating out of Poverty, 2017.

h Suphanchaimat *et al.*, 2015.

i Khan *et al.*, 2016 ; Vearey *et al.*, 2019 ; Wickramage et Annunziata, 2018.

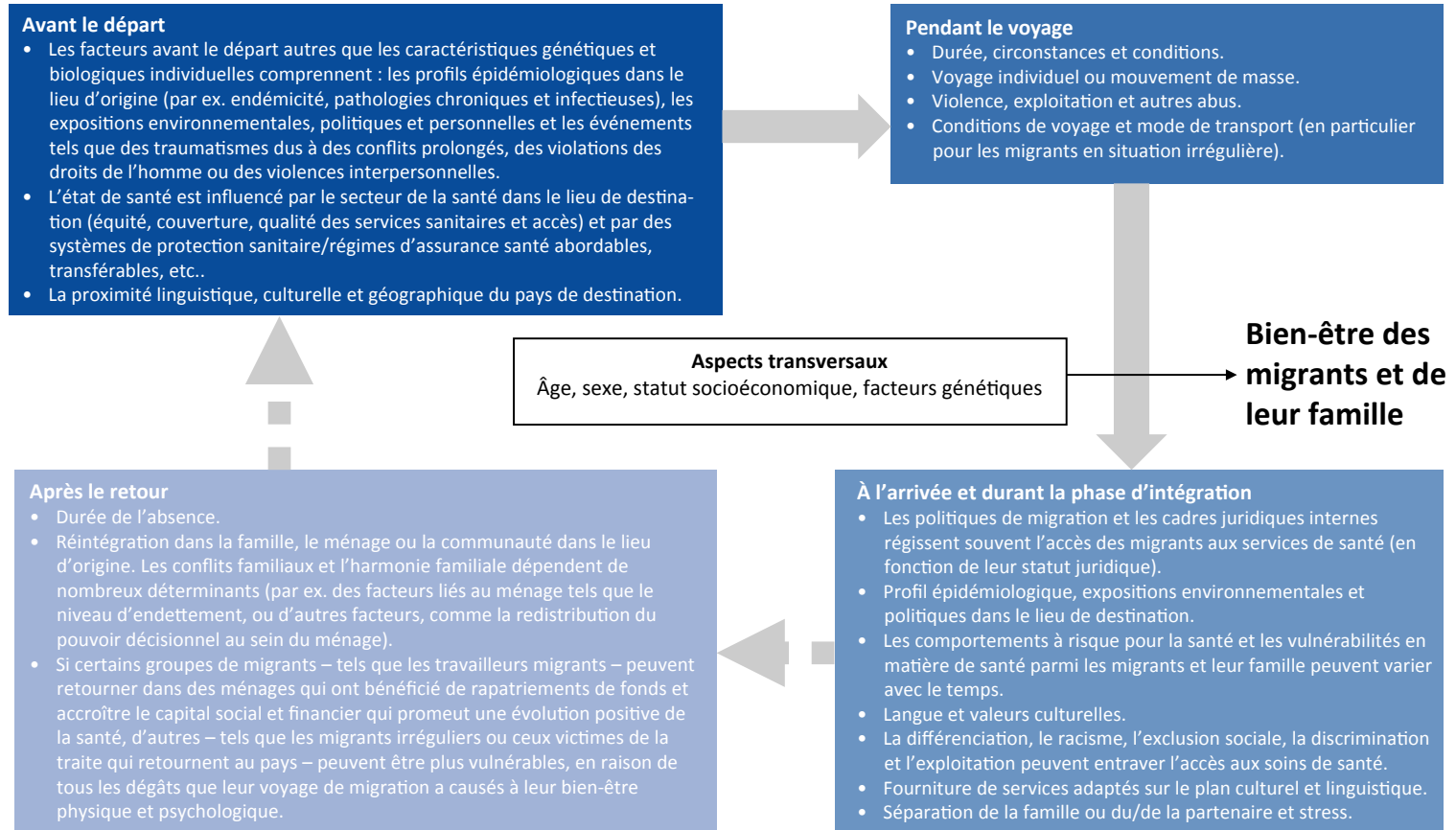
j Sweileh, 2018.

Définitions et déterminants

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un état de « bien-être général, tant physique que mental et social, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités »³. Cette reconnaissance du bien-être mental et social, en plus du bien-être physique, est fondamentale et souligne l'importance de considérer la santé dans sa globalité. L'état de santé d'une personne ne dépend pas seulement de l'accès aux services de santé, mais aussi d'une multitude de facteurs, appelés les « déterminants de la santé ». La figure 1 indique comment les déterminants de la santé peuvent être appliqués aux migrants tout au long du cycle migratoire. Les déterminants individuels sont des facteurs tels que l'âge, le sexe et les prédispositions génétiques à la maladie, ainsi que le profil épidémiologique d'un contexte donné et les expositions à la maladie qui y sont associées. Les déterminants structurels sont d'ordre politique. Ce sont, par exemple, les cadres juridiques et les attitudes de la société envers les migrants, qui peuvent se traduire par des inégalités de statut socioéconomique. Pour les migrants, les déterminants structurels de la santé englobent les conditions liées aux différentes phases du voyage de migration – avant le départ, pendant le voyage, à l'arrivée et durant la phase d'intégration, et (pour certains) après le retour.

3 OMS, 1946.

Figure 1 : Les déterminants de la santé des migrants tout au long du cycle migratoire



Source : Adapté de Gushulak, Weekers et MacPherson, 2009 ; OIM, 2008.

Les divers cadres juridiques associés aux différentes phases du voyage de migration sont d'importants déterminants structurels de la santé des migrants. En effet, le statut juridique d'un migrant dans un pays peut déterminer, par exemple, la mesure dans laquelle il peut accéder à des conditions de travail sûres ainsi qu'à des soins de santé abordables et de qualité. Comme cela est illustré dans la figure 1, il existe de multiples déterminants de la santé – individuels et structurels – qui peuvent avoir des effets tant positifs que négatifs sur la santé. Par exemple, il est peu probable qu'un migrant irrégulier trouve du travail dans le secteur formel, ce qui l'obligera à se tourner vers le secteur informel, précaire, où le travail peut être à la fois dangereux et – souvent – illégal. Par conséquent, les migrants en situation irrégulière risquent d'être plus vulnérables à la maladie, et notamment d'être plus exposés aux maladies infectieuses, à la violence et aux préjudices. Ils tendent à rencontrer de nombreuses difficultés pour accéder à des soins de santé de qualité, et leur accès aux services de protection sociale est très limité (si toutefois ils y ont accès).

Santé des migrants

La thématique migration et santé s'intéresse aux différents profils de santé des migrants et de la population d'accueil, ainsi que de différents groupes de migrants, notamment dans des contextes où la population d'accueil peut elle-même avoir du mal à répondre à ses propres besoins en matière de bien-être mental, social et physique⁴. L'étude de ces profils est importante pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'élaboration de stratégies de santé publique pendant des dizaines d'années atteste de la nécessité de l'inclusivité – de tenir compte de l'ensemble de la société quand il s'agit de lutter contre des maladies transmissibles, par exemple au titre de programmes de vaccination. L'exclusion des sous-populations – comme les groupes de migrants – doit être évitée⁵. Les populations de migrants sont souvent très touchées par la tuberculose, le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C et par des maladies évitables par la vaccination. Il est fondamental d'intégrer ce groupe important dans la surveillance, le dépistage et la mise en relation avec les services de santé si l'on veut que les pays et les régions atteignent leurs objectifs en matière de santé publique⁶. Ensuite, certaines interventions sanitaires conçues pour certaines sous-populations précises, telles que les groupes de migrants, peuvent être bénéfiques pour la santé de la population tout entière⁷. Enfin, en assurant aux migrants la meilleure santé possible avant, pendant et après leur voyage de migration, on leur permet de maximiser leur inclusion et leurs contributions à la société d'accueil, de soutenir plus facilement leur famille au pays et de réduire les coûts potentiels en matière de santé supportés à la fois par le pays de destination et par les migrants eux-mêmes⁸. Même dans des situations de déplacement graves, comme dans le cas de flux de réfugiés de grande envergure, les questions de santé immédiates (parallèlement à la nourriture et au logement) sont une préoccupation essentielle, et des ressources spécifiques sont nécessaires pour y répondre, dans l'intérêt des individus, des communautés locales et de la société dans son ensemble⁹.

Dans le domaine de la santé dans le contexte migratoire, il est essentiel de comprendre la vulnérabilité et la résilience sur le plan de la santé. Les migrants ne forment pas un groupe homogène ; leurs besoins sont différents, de même que les vulnérabilités en matière de santé et les facteurs de résilience. Les questions de sexospécificité revêtent une importance fondamentale qu'il faut impérativement prendre en considération (voir l'encadré ci-après).

4 Lee, Sim et Mackie, 2018 ; Thomas, 2016.

5 Thomas, 2016.

6 Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2018.

7 Chung et Griffiths, 2018 ; Thomas, 2016 ; Wild et Dawson, 2018.

8 Lu et Zhang, 2016 ; Wickramage *et al.*, 2018b.

9 Abbas *et al.*, 2018 ; Griswold *et al.*, 2018.

Aspects sexospécifiques de la mortalité des travailleurs migrants « peu qualifiés » et des abus à leur rencontre

À l'échelle mondiale, les hommes sont plus nombreux que les femmes parmi les travailleurs migrants internationaux (respectivement 58,4 % et 41,6 %)ª. Les hommes travaillent surtout dans les secteurs de la transformation et de la construction, tandis que les femmes (près de 74 %) travaillent principalement dans les services, comme les services domestiques – souvent dans des conditions d'emploi précaires^b. Des examens systématiques font apparaître une série de vulnérabilités sur le plan de la santé parmi les travailleuses domestiques, notamment un accès restreint aux services de santé sexuelle et reproductive^c. De mauvaises conditions de travail et de vie, en particulier des restrictions en matière de mobilité et le non-paiement des salaires, aggravent encore les difficultés rencontrées par les travailleuses domestiques.

En outre, même si le phénomène est largement relayé par les médias, la maltraitance des travailleurs migrants de sexe féminin n'a guère fait l'objet de recherches empiriques. Des études ont révélé que les atteintes dont elles sont victimes revêtent des formes multiples, dont la violence physique, sexuelle, émotionnelle, psychologique, spirituelle et verbale, et l'exploitation financière^d.

a OIT, 2018.

b OIT, 2018.

c Benach *et al.*, 2011 ; Malhotra *et al.*, 2013 ; Senarath, Wickramage et Peiris, 2014.

d Benach *et al.*, 2011 ; Malhotra *et al.*, 2013 ; Murty, 2009 ; Senarath, Wickramage et Peiris, 2014 ; OIM, 2017b.

La vulnérabilité en matière de santé peut être définie comme la réduction de la capacité d'une personne à anticiper les conséquences d'une maladie ou d'une épidémie, à y faire face, à y résister et à s'en rétablir¹⁰. Le plus souvent associée à une situation socioéconomique précaire, elle peut également surgir lorsqu'une personne est isolée, dans une situation précaire ou sans défense face à un risque, à un choc ou au stress, y compris pendant et après le voyage de migration. La résilience en matière de santé, à l'inverse, est possible lorsqu'un individu a accès aux ressources nécessaires pour faire face à une menace pour sa santé ou pour résister aux effets d'un risque pour la santé. Ces ressources peuvent être physiques ou matérielles, mais peuvent aussi se trouver dans les compétences ou les caractéristiques d'une personne et dans son réseau social.

Certains migrants sont en meilleure santé que les communautés qu'ils quittent ou dans lesquelles ils arrivent, et sont résilients face aux problèmes de santé rencontrés¹¹. Toutefois, ces avantages sur le plan de la santé peuvent s'éroder rapidement, et les migrants peuvent avoir du mal à accéder à des déterminants positifs de la santé, ce qui peut se traduire par diverses vulnérabilités sur le plan de la santé qui sont plus prononcées que parmi la population locale. Par exemple, les complications de santé prénatales et postnatales sont souvent plus graves parmi les femmes migrantes. Non seulement il est plus probable que les expériences de soins de santé liés à la grossesse soient négatives, mais il existe aussi un risque accru de troubles de la santé mentale,

10 Grabovschi, Loignon et Fortin, 2013.

11 Spallek *et al.*, 2016.

de mortalité maternelle et de naissances prématurées¹². Un examen systématique des résultats en matière de santé périnatale et de soins parmi les demandeurs d'asile et les réfugiés a révélé que les troubles de la santé mentale pendant la période périnatale, de même que la dépression postnatale étaient plus fréquents chez les femmes migrantes que chez celles du pays d'accueil. L'étude a également montré qu'il existait un risque de mortalité deux fois plus élevé parmi les femmes migrantes, dû à la prééclampsie/éclampsie et à la thrombose.

Comme le montre le tableau 1, les migrants qui présentent les vulnérabilités les plus grandes sur le plan de la santé se trouvent dans des situations qui amoindrissent leur capacité à anticiper les conséquences des changements et des difficultés associés aux différentes phases du processus de migration, à y faire face, à y résister et à s'en rétablir. Certains migrants peuvent être exposés à des traumatismes ou être victimes d'exploitation ou d'abus lors de voyages périlleux. Ils peuvent être confrontés à des facteurs de stress psychosociaux, souffrir de carences nutritionnelles ou de déshydratation, être exposés à des maladies infectieuses, ou à l'impossibilité d'accéder aux services sanitaires ou de poursuivre leur traitement, et doivent faire face aux conséquences délétères de certains environnements, tels que les centres de détention pour immigrés ou des environnements de travail illégal ou informel. La littérature sur ces questions provient pour l'essentiel de pays de destination à revenu élevé, et traite principalement de problèmes de santé précis, de catégories de migrants particulières et de certains pays d'origine¹³. Dans certaines publications, différents groupes de migrants ont été regroupés à des fins d'études descriptives, sans généralement faire l'objet d'une comparaison avec les populations hôtes. D'où la difficulté de tirer des conclusions générales à partir de données limitées. Cependant un grand nombre de ces problèmes de santé concordent d'une étude à l'autre, comme le résume le tableau 1.

Tableau 1 : Résumé des principaux problèmes de santé des groupes de migrants sélectionnés se trouvant en situation de vulnérabilité

Migrants en situation irrégulière	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun accès ou accès limité aux services de santé. • Moyens de payer les soins de santé préventifs et primaires plus limités. • Aucun accès ou accès limité à un emploi légal et sûr. • La peur d'une expulsion a de multiples effets sur le bien-être émotionnel et la santé mentale, et dissuade de demander des services de santé^a.
Migrants en détention	<ul style="list-style-type: none"> • Les conditions de détention sont souvent punitives, semblables à un emprisonnement, et l'accès aux soins médicaux est limité. • La nature indéfinie de la détention génère une détresse extrême, et une dégradation de l'état cognitif, physique et émotionnel. • Les taux de dépression et de pensées suicidaires sont considérablement plus élevés. • Les enfants migrants peuvent être détenus avec leurs parents, mais aussi séparés de leur famille, et n'ont pas accès à l'éducation ni à des possibilités de jouer^b.

¹² Heslehurst *et al.*, 2018.

¹³ Sweileh *et al.*, 2018.

Enfants migrants et mineurs non accompagnés	<ul style="list-style-type: none"> • Des interventions prophylactiques, telles que des vaccinations, peuvent être interrompues. • L'isolement social et la séparation des membres de la famille limitent sérieusement la capacité à demander des soins de santé en cas de besoin. • Les troubles de la santé mentale persistent même après l'installation. • Les méthodes de détermination de l'âge utilisées aux fins d'immigration sont controversées, comportent des imprécisions et posent des problèmes d'ordre éthique^c.
Enfants restés au pays	<ul style="list-style-type: none"> • Les fonds rapatriés peuvent permettre d'acheter de la nourriture et d'étudier. • Risque accru d'anxiété, de dépression, d'idées suicidaires, d'abus de substances et de troubles de la croissance^d.
Adultes aidants restés au pays	<ul style="list-style-type: none"> • Les aidants âgés assument un fardeau excessif en s'occupant des enfants restés au pays, ce qui a des conséquences négatives pour leur santé psychosociale et physique. • Les aidants âgés restés au pays présentent davantage de signes de dépression, de solitude, de troubles cognitifs et d'anxiété, et leur état de santé psychologique est moins bon que ceux des parents âgés n'ayant pas d'enfant migrant^e.
Migrants LGBTI	<ul style="list-style-type: none"> • La migration peut être un moyen de fuir la violence, la discrimination ou la persécution. • Traumatismes associés à l'obligation de prouver continuellement son identité et son appartenance sexuelles aux fins de demande d'asile. • Niveaux élevés de dépression, de stress post-traumatique, de tendances suicidaires et d'abus de substances^f.
Rescapés de la traite d'êtres humains	<ul style="list-style-type: none"> • Niveaux élevés de violence physique et sexuelle, et préjudices sur le lieu de travail. • Taux élevés de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique, tentatives de suicide. • Menaces permanentes, heures de travail excessives, mauvaises conditions de vie et graves privations de libertés^g.

Source : a) Hacker *et al.*, 2015 ; Martinez *et al.*, 2015 ; Winters *et al.*, 2018 ; b) Filges *et al.*, 2015 ; Robjant, Hassan et Katona, 2009 ; Sampson *et al.*, 2015 ; c) ISSOP, 2018 ; Jensen, Skårdalsmo et Fjermestad, 2014 ; d) Fellmeth *et al.*, 2018 ; e) Graham, Jordan et Yeoh, 2015 ; Siriwardhana *et al.*, 2015 ; Migration Policy Institute, 2015 ; Thapa *et al.*, 2018 ; f) White, Cooper et Lawrence, 2019 ; g) Kiss *et al.*, 2015.

Note : Les groupes de migrants ne s'excluent pas mutuellement (ils peuvent se recouper). La signification de « migrant en situation irrégulière » est examinée au chapitre 2 du Rapport.

Santé publique

Le deuxième aspect de la thématique migration et santé concerne les incidences de la migration sur la santé des populations (la « santé publique »). Comme il a été souligné plus haut, les migrants peuvent avoir du mal à répondre à leurs besoins en matière de bien-être mental, social et physique. Pour ceux qui n'ont aucun accès, ou seulement un accès limité, aux déterminants positifs de la santé (voir la figure 1), les résultats en matière de santé peuvent être mauvais, ce qui a diverses conséquences pour la santé publique. Cette situation peut être le résultat de difficultés rencontrées pour s'assurer un revenu stable, qui elles-mêmes découlent peut-être d'autres difficultés liées à l'obtention des documents nécessaires pour pouvoir travailler légalement. Si les migrants ne peuvent accéder à temps au dépistage et au traitement, la probabilité que la maladie soit transmise aux autres personnes de la communauté augmentera, de même que les dépenses inutiles engagées par le système de santé du pays d'accueil. Il est important de reconnaître que les idées qui circulent sur la santé et la migration ont tendance à être exagérées par les médias, parfois dans le cadre de programmes politiques hostiles aux immigrés, qui dépeignent la migration comme une menace pour la santé publique.

Quel que soit le contexte, si les migrants n'accèdent aux soins de santé que lorsqu'ils sont gravement malades, des dépenses supplémentaires pèseront sur les systèmes de santé. À l'inverse, des services de santé – préventifs et curatifs – facilement accessibles permettent de répondre aux besoins sanitaires des migrants avant qu'ils ne soient dans un état grave, ce qui réduira les dépenses globales des régimes de santé. S'agissant des maladies infectieuses, tout retard dans la demande de traitement ou toute difficulté rencontrée pour poursuivre un traitement en cas de maladie infectieuse chronique comme la tuberculose ou le VIH peut avoir des répercussions négatives sur les populations, dans la mesure où le risque de transmission ou d'infection augmentera. Cela est particulièrement vrai dans les cas de mouvements transfrontaliers, où les atermoiements pour demander des soins sont dus à de multiples facteurs, dont la peur d'entrer en relation avec un service public lorsqu'on est sans statut légal, ou le refus pur et simple des soignants de dispenser des soins. L'émergence de « villes sanctuaires » dans des pays dont le régime en matière d'immigration est restrictif procède en partie de la nécessité de rendre les services de santé accessibles à toute personne, quel que soit son statut migratoire. Le mouvement des « villes sanctuaires » est fondé sur les principes des droits de l'homme et sur des approches d'équité sanitaire qui donnent aux migrants dépourvus de documents un accès prioritaire aux soins de santé¹⁴. Par exemple, aucune différence significative dans les comptes rendus des médecins, ou dans les mesures de gestion du diabète entre les immigrants dépourvus de documents et ceux qui en sont pourvus n'a été constatée parmi les immigrants mexicains ayant reçu des soins dans deux zones sanctuaires d'immigration aux États-Unis, où les personnes s'adressant aux services de santé ne sont pas interrogées sur leur statut au regard de l'immigration et dont le statut n'est pas signalé aux fonctionnaires de l'immigration. Des immigrants dépourvus de documents ont obtenu des résultats cliniques comparables à ceux de migrants pourvus de documents et de Mexicains nés aux États-Unis¹⁵ et rapporté des expériences similaires en matière de soins de santé.

Certains groupes de migrants – dont les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants irréguliers – peuvent être particulièrement vulnérables aux maladies infectieuses et obtenir des résultats en matière de santé plus mauvais que la population d'accueil, ou venir d'endroits où la prévalence de certaines maladies infectieuses

14 Aboii, 2016.

15 Iten *et al.*, 2014.

est élevée. Ces groupes de migrants peuvent bénéficier d'un dépistage et d'interventions ciblés¹⁶. Les pérégrinations de ces migrants – y compris les déplacements forcés depuis des zones de conflit où les services de santé sont très perturbés – peuvent se traduire par une interruption du calendrier vaccinal, ce qui peut avoir des conséquences négatives en matière de santé publique tant pour les migrants pris individuellement que pour les communautés touchées par la migration¹⁷.

La migration, nationale ou transfrontalière, doit être impérativement prise en considération dans le cadre de la lutte contre les maladies infectieuses. La flambée d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 (voir l'encadré ci-après) en est une illustration. Un autre exemple concerne les mesures de lutte contre le paludisme, qui exigent de tenir dûment compte de la migration, dont il a été démontré qu'elle influe sur le diagnostic et compromet l'accès au traitement et la continuité des soins, ce qui peut contribuer à la progression de la résistance aux médicaments antipaludiques¹⁸. En outre, la réapparition du paludisme avec l'arrivée de migrants dans des pays qui sont en passe de l'éradiquer complique encore la lutte transfrontalière contre le paludisme¹⁹. En considération de son importance pour la lutte contre les maladies infectieuses, la migration a été introduite dans le Règlement sanitaire international et dans les principaux programmes de lutte contre les maladies au niveau mondial²⁰. Par exemple, dans la Stratégie mondiale et les cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015 de l'OMS, la migration et les questions transfrontalières sont définies comme un domaine d'action prioritaire dans les pays où l'incidence de la tuberculose est faible²¹.

Migration et lutte contre les maladies – le cas d'Ebola

La migration internationale et la mobilité transfrontalière à des fins de commerce formel/informel, de manifestations culturelles, d'emploi, d'éducation et de santé demeurent des composantes essentielles de la vie de nombreuses communautés en Afrique de l'Ouest, où la libre circulation des personnes, des biens et des services est jugée essentielle pour l'intégration régionale, la prospérité et le développement³. La région transfrontalière du triangle de Kissi, à l'intersection de la Sierra Leone, du Libéria et de la Guinée, qui revêt une importance fondamentale pour le commerce et les échanges, était devenue l'épicentre de la propagation du virus Ebola en 2014. L'axe reliant Forécariah (Guinée) à Kambia (Sierra Leone) était un autre couloir de mobilité humaine qui a favorisé la transmission du virus. Rien qu'en juillet 2015, quatre des sept chaînes de transmission des cas positifs de maladie à virus Ebola recensés à Kambia (Sierra Leone) étaient liées aux cas positifs de la maladie recensés à Forécariah (Guinée). Les communautés qui vivent de part et d'autre de la frontière ont des liens de parenté étroits. Les mouvements transfrontaliers font partie du quotidien de ces communautés et s'effectuent principalement à des points de passage transfrontaliers non réglementés. Des restrictions à la mobilité des personnes ont été imposées par les autorités dans certaines situations, pour restreindre ces mouvements, afin d'endiguer la propagation de la maladie à virus Ebola. Le préjudice pour le commerce et l'économie en Afrique de l'Ouest a été estimé à 1,6 milliard de dollars É.-U.

16 Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2018.

17 Hui *et al.*, 2018.

18 Lynch et Roper, 2011.

19 Cotter *et al.*, 2013 ; Jitthai, 2013 ; Pindolia *et al.*, 2012.

20 Lönnroth *et al.*, 2015 ; Wickramage *et al.*, 2013 ; OMS, 2015.

21 Lönnroth *et al.*, 2015.

(soit 12 % du PIB total des trois pays les plus touchés)^b. Des systèmes de santé affaiblis par des décennies de conflit et des ressources humaines insuffisantes dans le domaine de la santé et de la surveillance des maladies le long des voies de mobilité ont nui à l'efficacité des mesures de lutte contre la maladie. Il est impératif d'adopter des méthodes fondées sur des éléments factuels pour identifier les couloirs de déplacement de populations et comprendre les principaux moteurs de la mobilité humaine, pour que les efforts de prévention, de dépistage et d'intervention soient ciblés, en particulier dans les zones frontalières, tout en préservant les intérêts économiques et commerciaux des pays.

L'OIM, avec le soutien des autorités gouvernementales et des communautés locales, a commencé à cartographier les mouvements de population transfrontaliers et à l'intérieur du pays en Guinée et au Mali. Ces informations ont été mises en correspondance avec les données épidémiologiques, ce qui a permis d'analyser de façon plus poussée les vulnérabilités des voyageurs tout au long de leur parcours. Des initiatives similaires ont été mises en place par la suite à la frontière entre Forécariah et Kambia (entre la Guinée et la Sierra Leone) ainsi qu'à la frontière entre le Libéria et la Sierra Leone. Depuis, la cartographie de la mobilité s'est étendue à plusieurs points de débarquement maritime le long des côtes de Freetown et de Port Loko, et aux mouvements internes entre les districts de Kambia et de Port Loko en Sierra Leone. Dans tous ces endroits, des dépistages sanitaires ont été mis en place et des mesures de lutte et de prévention contre l'infection ont été introduites, ce qui a permis de renforcer la capacité de surveillance et d'intervention des trois pays les plus touchés ainsi que de leurs pays limitrophes.

a OIM, 2016.

b Groupe de la Banque mondiale, 2015.

Réponses des systèmes de santé

Le troisième aspect de la thématique migration et santé concerne la manière dont les systèmes de santé répondent aux problèmes de santé dans le contexte migratoire. Le système de santé est lui-même un déterminant de la santé et, selon les politiques et le cadre juridique d'un État donné, les migrants ne bénéficient pas toujours d'un accès approprié, équitable et abordable aux services sanitaires, et/ou les systèmes de santé locaux ne disposent pas de capacités suffisantes pour gérer les besoins de santé des migrants. Par exemple, dans les pays en proie à une crise prolongée, les enfants migrants qui fuient des situations de conflit et demandent l'asile avec leur famille risquent davantage de ne pas avoir leurs vaccinations à jour du fait des interruptions dans la fourniture de soins de santé dans leur pays d'origine. Là où des services de santé sont disponibles, certains groupes de migrants peuvent avoir des difficultés à exprimer l'ensemble de leurs symptômes et à comprendre les instructions qui leur sont données en matière de traitement, en raison de la barrière de la langue. Différentes représentations culturelles des causes de la maladie, telles que celles qui concernent la santé mentale, entravent l'efficacité des traitements cliniques²². Ces groupes de migrants peuvent également avoir

22 Fortier, 2010.

du mal à comprendre le fonctionnement de systèmes de santé et de protection sociale inconnus – surtout lorsqu'ils viennent de pays où ceux-ci sont gravement perturbés.

Une analyse documentaire systématique des difficultés ayant été signalées dans la fourniture de soins de santé aux migrants et aux réfugiés dans les pays à revenu élevé a permis de recenser trois points névralgiques : la communication, la continuité des soins et la confiance²³. La communication revêt une importance fondamentale pour l'établissement d'un diagnostic et les trajectoires de traitement. La disponibilité d'interprètes formés issus des communautés de migrants était considérée comme un aspect clé de la fourniture de soins adaptés aux migrants. L'importance de la formation de ces interprètes pour garantir des consultations médicales fondées sur une approche éthique et professionnelle a également été soulignée. La continuité des soins dépendait de facteurs tels que la compréhension qu'ont les migrants du système de santé, ainsi que l'intégration et la gestion des cas dans l'ensemble des différentes parties du système de santé. La confiance, qui était le troisième point le plus évoqué, concernait le crédit donné au soignant, qui doit être sensible aux aspects culturels lorsqu'il prodigue les soins et être capable d'agentivité. Les études font apparaître qu'en l'absence de relation de confiance, les patients avaient recours à des remèdes traditionnels en guise de traitement et faisaient confiance à « leurs propres ressources », issues de leur communauté. À l'inverse, un examen systématique des perceptions, attitudes et pratiques des professionnels de la santé fournissant des soins de santé aux migrants a révélé qu'ils étaient entravés dans leur travail non seulement par la barrière de la langue et des différences culturelles, mais aussi par l'insuffisance de ressources sur leur lieu de travail et l'incohérence entre leur éthique professionnelle et les lois nationales restreignant le droit des migrants aux soins de santé²⁴. Ils ont eu recours à des moyens innovants pour garantir la fourniture des soins en gérant de tels cas cliniques avec des groupes de la société civile.

Pour améliorer les réponses des systèmes de santé, il est fondamental d'élaborer des systèmes et programmes soucieux des migrants dont l'objectif est d'incorporer les besoins de ces derniers dans tous les aspects des services sanitaires, du financement, des politiques, de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation²⁵. Comme indiqué à l'appendice A, cela comprend des mesures qui visent à assurer la fourniture de services de santé adaptés sur le plan culturel et diversifiés sur le plan linguistique ; permettre l'accès aux soins de santé primaire ; inclure les groupes de non-ressortissants dans les plans nationaux de préparation et d'intervention en cas de catastrophe ; et établir des mécanismes d'information dans le cadre des systèmes d'information sanitaire habituels afin d'exploiter les données de manière éthique pour prévoir les besoins des migrants²⁶. Souvent, les migrants/« non-ressortissants » sont exclus des stratégies de préparation et d'intervention à l'échelle nationale²⁷.

Migration, indicateurs de santé et métrologie sanitaire

Des données exactes sur l'état de santé, les résultats en matière de santé et les déterminants sociaux de la santé dans le contexte migratoire sont une condition préalable essentielle pour garantir une meilleure surveillance et une amélioration de la santé et pour fournir des services sanitaires appropriés et accessibles.

23 Brandenberger *et al.*, 2019.

24 Suphanchaimat *et al.*, 2015.

25 Siriwardhana, Roberts et McKee, 2017.

26 Mladovsky, 2013 ; Pottie *et al.*, 2017 ; OMS, 2010b.

27 Guinto *et al.*, 2015 ; Wickramage *et al.*, 2018a.

Les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la migration et la santé (résolutions WHA61.17 (2008) et WHA70.15 (2017)) et le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières²⁸ appellent les gouvernements à mieux exploiter les données sur la santé et la migration afin d'élaborer des politiques fondées sur des éléments factuels et des interventions conformes aux pratiques exemplaires. Toutefois, la deuxième Consultation mondiale sur la santé des migrants (2017)²⁹ et les commissions universitaires³⁰ qui ont suivi ont laissé entendre que la disponibilité et la qualité des données sur la santé dans le contexte migratoire ainsi que leurs corrélations sont très variables, en particulier dans les pays à faible revenu ou à revenu moyen. Peu de progrès ont été accomplis par les États Membres et les organisations internationales pour améliorer la collecte et l'analyse de données sur la santé et la migration aux niveaux national, régional et mondial.

Les sources de données sur la santé au niveau d'un pays ont de multiples provenances. Il y a tout d'abord les données sur la santé provenant des registres institutionnels ou celles tirées des recensements. Ce sont, par exemple, les registres de naissance et de décès, dans lesquels sont consignées les statistiques de l'état civil, et les registres de maladies particulières, comme ceux pour le cancer, la tuberculose ou le paludisme. Une deuxième source de données provient des enquêtes sanitaires, qui peuvent être effectuées à intervalles réguliers – par exemple, les enquêtes sanitaires ou démographiques. Les données issues de la recherche sont une autre source importante car elles livrent des renseignements précis sur les gradients d'une communauté ou d'une maladie donnée. La dernière catégorie regroupe plusieurs sources : les données issues des évaluations sur la santé dans le contexte migratoire, des systèmes d'information sanitaire dans les camps de réfugiés et des projets de mégadonnées, tels que celui sur la charge mondiale de morbidité³¹.

Un examen descriptif des pratiques de collecte de données sur la santé dans le contexte migratoire en Europe a révélé que la plupart des pays de l'Union européenne ne recueillent pas de données sur la santé des migrants issues des registres relatifs aux maladies ou à l'utilisation des soins de santé, et que ceux qui le font emploient diverses catégorisations et définitions, de sorte qu'il n'est pas toujours possible de comparer les données d'un pays à l'autre³². Les systèmes d'information sanitaire, les systèmes de surveillance et les registres des maladies ne recensent pas systématiquement les variables relatives à la migration³³. Seuls quelques pays qui mènent des enquêtes sanitaires et des enquêtes démographiques, comme la Colombie et l'Équateur, y ont introduit des modules sur la migration qui permettent de collecter des données par lieu de naissance. La Suède est un cas exceptionnel, puisque son enquête annuelle sur les conditions de vie comprend des données ventilées sur la base du statut migratoire et du statut de résident. Les individus sont classés comme des migrants de première ou de deuxième génération, ou comme des non-migrants³⁴.

Les principes relatifs à la protection des données et les considérations éthiques revêtent une importance capitale pour la collecte, l'analyse, la diffusion et le rapprochement des données sur la santé dans le contexte

28 L'objectif 1 du Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières souligne le besoin de collecter et utiliser des données précises et ventilées qui serviront à l'élaboration de politiques fondées sur la connaissance des faits ; en outre, l'objectif 3 souligne la nécessité de fournir dans les meilleurs délais des informations exactes à toutes les étapes de la migration. Le Pacte précise qu'un investissement dans des méthodes de collecte de données sur la migration mieux conçues stimule la recherche et oriente « l'élaboration de politiques cohérentes fondées sur la connaissance des faits ainsi qu'un débat public éclairé » – ce qui permet de suivre et d'évaluer efficacement le respect des engagements au fil du temps.

29 OIM, 2017c.

30 Abubakar *et al.*, 2018.

31 Disponible à l'adresse www.healthdata.org/gbd (consulté le 24 juillet 2019).

32 Rechel, Mladovsky et Devillé, 2012.

33 Giorgi Rossi *et al.*, 2017 ; Riccardo *et al.*, 2015.

34 Mladovsky, 2013.

migratoire – pas uniquement à cause du cadre historique autour des concepts de race, d’ethnicité et de santé³⁵, et du risque de stigmatisation, d’exclusion ou, dans le cas des migrants dépourvus de documents, d’expulsion³⁶. Les efforts visant à cerner le degré d’intégration des migrants dans les systèmes de santé et, ce faisant, les mesures prises en matière d’équité sur le plan de la santé sont illustrés par le projet consacré au volet santé de l’indice MIPEX (Migrant Integration Policy Index) (voir l’encadré ci-après). Il s’agit d’un instrument d’enquête conçu pour déterminer la mesure dans laquelle les politiques ont des répercussions sur la santé des migrants et promeuvent l’équité, en permettant de comparer différents contextes nationaux³⁷.

Volet santé de l’indice MIPEX

Le volet santé de l’indice MIPEX (Migrant Integration Policy Index) est un instrument d’enquête conçu pour savoir dans quelle mesure les politiques ont des répercussions sur la santé des migrants et promeuvent l’équité^a. Il porte sur quatre aspects jugés déterminants pour l’équité en matière de santé : a) le droit à une couverture sanitaire en fonction des cadres politiques et juridiques nationaux ; b) l’accessibilité des services de santé ; c) la capacité d’ajustement, en particulier sur les questions de langue et de sensibilité culturelle ; et d) les mesures pour parvenir à un changement, telles que la collecte de données et la recherche afin de fournir des services plus adaptés. Une application intersectorielle du principe « la santé au cœur de toutes les politiques » (HiAP), ainsi que la prise en considération des politiques relatives à la santé des migrants en font aussi partie. Un examen de l’ensemble des éléments d’information disponibles sur l’association entre les résultats en matière de santé et les politiques d’intégration effectué en 2017^b a montré que la majorité des études utilisaient l’indice MIPEX pour mesurer les politiques nationales d’intégration des migrants. Les données ont fait apparaître que les disparités en matière de santé entre les migrants et les nationaux, ainsi qu’entre les groupes de migrants, étaient généralement moins importantes dans les pays appliquant une politique d’intégration vigoureuse^c.

a OIM, 2017a.

b Siriwardhana, Roberts et McKee, 2017.

c Ingleby *et al.*, 2018.

En ce qui concerne les systèmes de santé, une approche plaçant la migration et la santé au cœur de toutes les politiques – sur le modèle de l’initiative « la santé au cœur de toutes les politiques » (HiAP) de l’OMS³⁸ et sur la base du volet santé de l’indice MIPEX³⁹ – entend mobiliser tous les acteurs clés de la gouvernance et les secteurs œuvrant dans le domaine de la migration et de la santé. L’élaboration d’une politique nationale et d’un cadre d’action sur la santé dans le contexte migratoire à Sri Lanka est une illustration de cette approche (voir l’encadré ci-après).

35 Bhopal, 1997.

36 Hiam, Steele et McKee, 2018.

37 OIM, 2017a.

38 Juárez *et al.*, 2019 ; OMS, 2014.

39 OIM, 2017a.

Enseignements tirés de l'élaboration d'une politique nationale et d'un cadre d'action sur la santé dans le contexte migratoire à Sri Lanka

En Asie du Sud, la migration continue de stimuler le développement de Sri Lanka. Ce pays est à la fois exportateur de main-d'œuvre (plus de 2 millions de ressortissants sri-lankais travaillent à l'étranger) et importateur de main-d'œuvre – un nombre croissant de travailleurs migrants originaires de pays tels que l'Inde et la Chine viennent travailler sur des projets d'infrastructure de grande ampleur, comme de nouvelles autoroutes, de nouveaux ports maritimes et aéroports. Il est prévu que ce développement entraîne une mobilité de population accrue, à la fois vers l'île et à l'intérieur de celle-ci. La fin d'une guerre civile interminable a permis aux réfugiés sri-lankais de revenir d'Inde et d'autres pays, et un nombre plus important encore de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays ont pu rentrer chez elles.

Ces divers flux de population posent des défis sanitaires dont il faut se préoccuper. Reconnaissant le caractère intersectoriel des mesures concernant la santé dans le contexte migratoire, le Gouvernement a adopté une approche participative associant l'ensemble des pouvoirs publics – y compris la société civile, les Nations Unies, les milieux universitaires et les défenseurs des migrants – afin de promouvoir une politique nationale et un plan d'action sur la santé dans le contexte migratoire, lancés en 2013. Sri Lanka est l'un des rares pays à s'être doté d'un cadre politique consacré à la santé dans le contexte migratoire qui englobe tous les types de migrants^a. Ce processus a été mené par le Ministère de la santé sous les auspices d'un mécanisme interministériel, avec la collaboration technique de l'OIM. L'élaboration de cette politique était notamment caractérisée par une approche fondée sur des éléments factuels pour orienter les interventions/la formulation des politiques. Une commission nationale de recherche sur la santé et la migration a été constituée pour une durée de trois ans, qui a fait appel à des chercheurs locaux et internationaux pour identifier les lacunes en matière de connaissances, mener des recherches empiriques et rassembler des données sur la santé et les migrants dans les divers flux entrants, sortants et internes. Une approche pragmatique et orientée vers l'action a été suivie. Une stratégie nationale en matière de santé aux frontières a, par exemple, été élaborée pour renforcer, aux points d'entrée, les capacités en matière de préparation et de réponse aux risques de sécurité sanitaire et leurs conséquences, ainsi qu'en matière de soutien psychosocial aux travailleuses migrantes retournant au pays.

Les principaux enseignements tirés de l'élaboration de la politique nationale sur la santé dans le contexte migratoire sont les suivants :

- a) Investir dans une approche fondée sur des éléments factuels ;
- b) Assurer une coordination intersectorielle ;
- c) Associer diverses parties prenantes de la société civile, des milieux universitaires, du secteur privé et les migrants eux-mêmes, au moyen d'approches participatives ;
- d) Exploiter le réseau de manière à répondre aux questions émergentes (ne pas s'attacher uniquement à la formulation des politiques) ;

- e) Intégrer un cadre de responsabilité ;
- f) Garantir la diplomatie sanitaire et la participation aux processus régionaux et mondiaux.

Une étude de cas détaillée figure à l'appendice B.

a Wickramage, De Silva et Peiris, 2017.

La migration des professionnels de la santé

La migration des travailleurs sanitaires destinée à combler la pénurie mondiale de professionnels de la santé exige une gestion efficace et spécifique, et notamment un renforcement des capacités des systèmes de santé dans les pays d'origine, la promotion des bonnes pratiques et la prévention des effets négatifs de la migration des agents sanitaires. Il existe un déséquilibre mondial entre la disponibilité d'agents de santé et la charge de morbidité. Par exemple, l'Afrique subsaharienne a la plus faible densité de médecins et d'infirmiers, mais la charge de morbidité la plus élevée⁴⁰. Une migration bien gérée des agents sanitaires peut jouer un rôle clé dans le développement général, ainsi que dans le renforcement des capacités des systèmes de santé, non seulement dans les pays d'accueil, mais aussi dans les pays d'origine⁴¹. Des outils mondiaux en matière de santé, tels que le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, fournissent un cadre fondé sur des éléments factuels pour promouvoir les bonnes pratiques et prévenir les effets négatifs de la migration des agents sanitaires. Comme le souligne le Code de pratique mondial de l'OMS, il existe des stratégies à la fois pour les pays d'origine et les pays d'accueil des travailleurs sanitaires qui doivent permettre de réduire la dépendance à l'égard des agents de santé formés à l'étranger et d'atténuer les effets négatifs de la migration des personnels de santé sur les systèmes de santé des pays en développement. Elles peuvent, par exemple, consister à aligner les dépenses publiques en matière d'éducation sur les possibilités d'emploi ; à ne pas embaucher directement du personnel provenant de pays dont le ratio agents sanitaires-population est extrêmement faible ; et à adopter des mécanismes de financement innovants, permettant aux entités locales et privées de compléter les subventions publiques destinées à la formation des travailleurs sanitaires.

Gouvernance mondiale de la santé dans le contexte migratoire

La gouvernance revêt une importance fondamentale pour l'élaboration et la mise en œuvre de toute réponse en matière de santé dans le contexte migratoire⁴². La gouvernance des migrations repose avant tout sur le principe de la souveraineté nationale⁴³, et sur le constat que pour obtenir de bons résultats en matière de santé, il faut que les migrations soient bien gérées. Souvent, toutefois, les autorités sanitaires ne participent guère aux décisions de haut niveau en matière de gouvernance des migrations au-delà des questions de

40 Crisp et Chen, 2014.

41 OIM, 2018.

42 Par « gouvernance », nous entendons le mode de fonctionnement adopté par une entité pour élaborer et mettre en œuvre des politiques et des pratiques, y compris l'État, la société civile, le secteur privé et d'autres acteurs clés, tels que les organisations internationales.

43 Wickramage *et al.*, 2018a.

sécurité sanitaire mondiale – y compris la gestion des quarantaines et de la santé aux frontières –, et la migration est fréquemment oubliée dans l'élaboration des programmes de santé⁴⁴. De nombreux pays ont explicitement fait savoir devant des organes internationaux chargés des droits de l'homme qu'ils ne peuvent ou ne veulent pas garantir aux migrants, et notamment aux migrants en situation irrégulière, une protection sanitaire, y compris la fourniture de services de santé essentiels⁴⁵.

Une série de programmes de gouvernance sur la migration et la santé ont été élaborés ces dernières années, qui offrent la possibilité d'obtenir un soutien politique en vue d'interventions (voir la figure 2). Ces programmes, qui portent sur la gouvernance des migrations, le développement et la gouvernance de la santé au niveau mondial, sont : le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières ; le Pacte mondial sur les réfugiés ; les Objectifs de développement durable (ODD) ; la couverture sanitaire universelle ; les processus de l'Assemblée mondiale de la Santé ; les programmes de prévention et de lutte contre les maladies (y compris le VIH et la tuberculose) ; et le Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale⁴⁶. Une bonne gouvernance exige de fournir une impulsion et un investissement stratégiques afin de bâtir des alliances entre les systèmes de gestion des migrations et le secteur de la santé.

Les ODD renferment plusieurs exigences visant à réunir les secteurs de la migration, du développement et de la santé aux fins d'élaboration et de mise en œuvre de réponses unifiées et coordonnées⁴⁷. La cible 3.8 des ODD, qui préconise que chacun doit bénéficier d'une couverture sanitaire universelle (CSU), offre la possibilité stratégique d'améliorer les réponses en matière de santé dans le contexte migratoire, ce qui, en assurant une bonne santé aux travailleurs migrants et en garantissant les rapatriements de fonds correspondants, aura des retombées positives sur le développement économique et social⁴⁸. Les migrants qui ne sont pas pris en compte dans les programmes de couverture sanitaire universelle sont souvent absents des débats sur les objectifs de la CSU à l'échelle des pays⁴⁹.

44 Wickramage et Annunziata, 2018.

45 OIM, 2013.

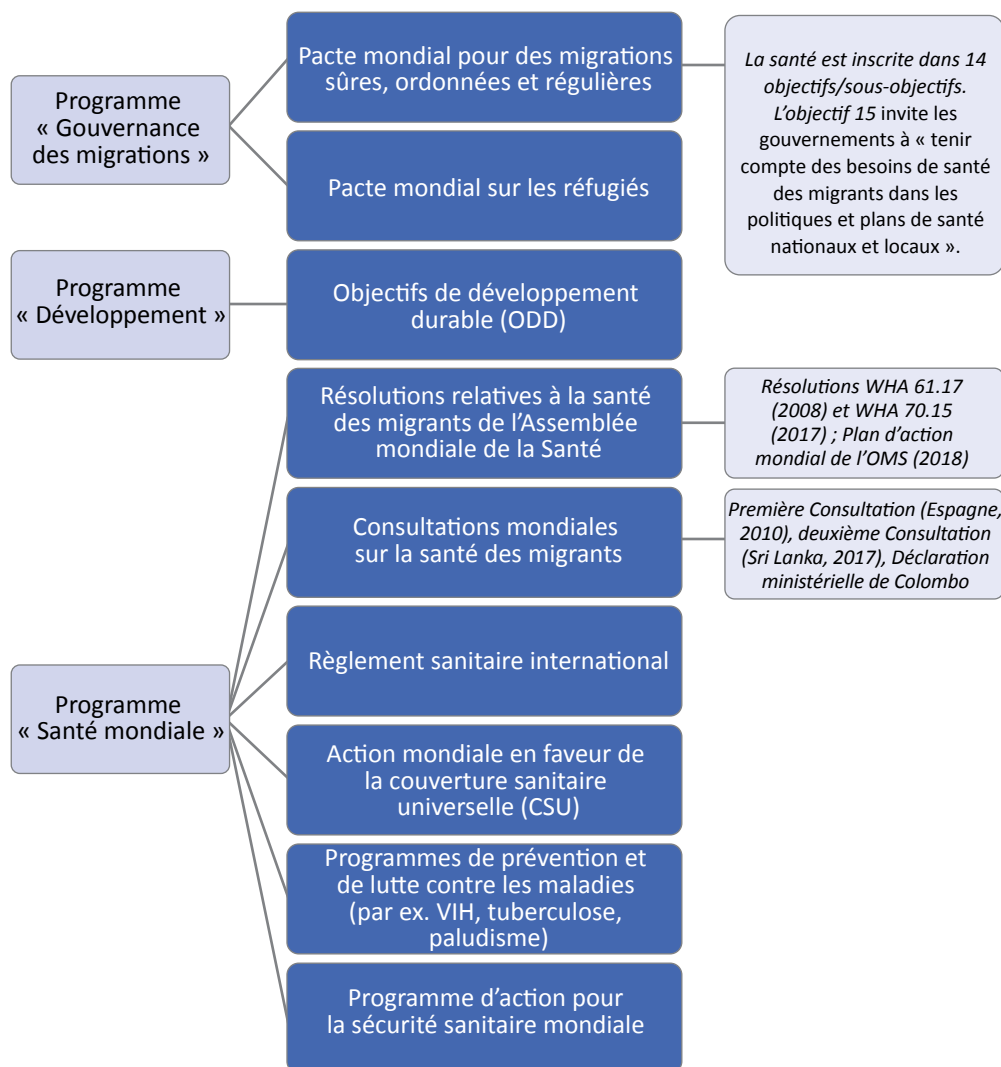
46 OIM, 2017c ; CSU2030, 2017 ; Assemblée générale des Nations Unies, 2015 ; OMS, 2007, 2010a ; Assemblée mondiale de la Santé, 2008, 2017.

47 Assemblée générale des Nations Unies, 2015.

48 CSU2030, 2017.

49 Guinto *et al.*, 2015.

Figure 2 : Programmes mondiaux visant à promouvoir les objectifs en matière de migration et de santé



Dans le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières – examiné dans le chapitre 11 du Rapport –, la santé est une priorité transversale puisqu'elle est mentionnée, de même que l'accès aux soins de santé, dans plusieurs objectifs. Les principaux d'entre eux qui sont assortis d'engagements et d'actions se rapportant à la santé sont présentés à l'appendice C. Un certain nombre d'experts ont formulé des observations sur les faiblesses que présente le Pacte mondial en ce qui concerne la réalisation du droit à la santé des migrants, notamment le droit à la santé reproductive et à des soins de maternité sûrs, ce qui influe directement sur la santé des nouveau-nés et des enfants⁵⁰. Malgré ces limites, le Pacte mondial sur

50 Bozorgmehr et Biddle, 2018 ; Devakumar *et al.*, 2018.

les migrations offre réellement au secteur de la santé la possibilité de s'en servir comme d'un outil pour promouvoir des politiques et des services sanitaires soucieux des migrants dans les débats sur la gouvernance des migrations, d'où la santé est souvent exclue⁵¹.

Lacunes dans la recherche sur la thématique migration et santé

Au niveau mondial, plusieurs initiatives de recherche sont en cours pour permettre de mieux comprendre la santé dans le contexte migratoire – ainsi que pour mieux y répondre –, qui s'intéressent plus particulièrement à la mise en œuvre d'interventions fondées sur des éléments factuels visant à améliorer la santé et le bien-être des migrants et des communautés touchées par la migration⁵². Si ce domaine de recherche se développe, il n'en demeure pas moins que les efforts faits pour améliorer la compréhension de la santé dans le contexte migratoire et les exemples de programmes en matière de migration et santé restent limités⁵³. Comme le fait apparaître l'encadré ci-après, la littérature existante sur la santé dans le contexte des migrations internationales a une portée limitée. Elle s'intéresse principalement : a) aux régions d'accueil à revenu élevé que sont l'Europe et l'Amérique du Nord ; b) à des problèmes de santé précis tels que la santé mentale, le VIH et la tuberculose ; et c) à des groupes de migrants particuliers, tels que les travailleurs migrants, les enfants migrants, les mineurs non accompagnés et les enfants restés au pays, les femmes, les réfugiés et les femmes rescapées de la traite d'êtres humains⁵⁴. D'où la nécessité d'améliorer les capacités de recherche dans les pays à revenu moyen et à faible revenu, où se produisent la majorité des migrations dans le monde, et d'élargir la portée des recherches au-delà de la santé mentale et du bien-être psychosocial. Des programmes de recherche contextualisés doivent être arrêtés aux niveaux national et régional dans le cadre de consultations avec les communautés de migrants, les décideurs, les praticiens, la société civile et les chercheurs.

Répartition mondiale des travaux de recherche sur les migrations internationales et la santé publiés dans des revues à comité de lecture

Par catégorie de migrants internationaux :

- Réfugiés et demandeurs d'asile (25,4 %)
- Travailleurs migrants (6,2 %)
- Victimes de la traite d'êtres humains et de trafic illicite (3,2 %)
- Étudiants internationaux (2,1 %)
- Mobilité internationale des patients (0,1 %)

51 Wickramage et Annunziata, 2018.

52 Abubakar *et al.*, 2018 ; Griswold *et al.*, 2018 ; OIM, 2017c ; Pottie *et al.*, 2017 ; Wickramage *et al.*, 2018b.

53 Ho *et al.*, 2019 ; Sweileh *et al.*, 2018.

54 Sweileh *et al.*, 2018.

Par catégorie de pays classés en fonction des revenus (classification de la Banque mondiale) :

- Pays à faible revenu (0,8 %)
- Pays à revenu moyen (9,6 %)
- Pays à revenu élevé (89,6 %)

Par domaine de recherche thématique :

- Littérature sur la santé mentale et le bien-être psychosocial (47 %)
- Maladies transmissibles (13,7 %)
- Maladies non transmissibles (8,9 %)

Source : Sweileh *et al.*, 2018.

Remarque : Au total, 21 547 documents ont été extraits et examinés. Les variables ne sont pas nécessairement exclusives, de sorte que la somme des pourcentages n'atteint pas forcément 100.

Conclusion : Investir dans la santé dans le contexte migratoire à l'appui du développement économique et social

Un investissement des États – sous la forme de ressources financières et humaines et en faisant preuve de volonté politique – dans l'élaboration d'interventions fondées sur des éléments factuels concernant la migration et la santé permettra non seulement de répondre aux besoins sanitaires des migrants considérés individuellement, mais améliorera aussi la santé publique et appuiera les efforts visant à une couverture sanitaire universelle. Un tel investissement est particulièrement important pour les pays à faible revenu et à revenu moyen, qui connaissent des niveaux de migration très élevés.

Pour maximiser les avantages de la migration (par exemple sous la forme de rapatriements de fonds), il faut une bonne santé. C'est pourquoi un investissement dans la santé dans le contexte migratoire contribue au développement économique et social, tant dans les régions d'origine que d'accueil⁵⁵. Les décideurs, la société civile, le secteur privé et les chercheurs ont tous un rôle important à jouer – à l'échelle mondiale, régionale ou nationale – dans la compréhension des questions de migration et santé et dans les réponses apportées. Quant aux migrants, ils doivent être associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques et des programmes⁵⁶.

Pour y parvenir, il faut commencer par investir dans les capacités de recherche, afin de permettre une meilleure compréhension des quatre aspects clés de la thématique migration et santé abordés dans ce chapitre – la santé des migrants, la santé publique, les réponses des systèmes de santé et les possibilités en matière

55 Abubakar *et al.*, 2018 ; OIM, 2017c ; Onarheim *et al.*, 2018 ; Trummer *et al.*, 2016 ; Tulloch, Machingura et Melamed, 2016 ; Vearey *et al.*, 2019 ; Wickramage *et al.*, 2018b.

56 OIM, 2017c ; Wolffers, Verghis et Marin, 2003.

de gouvernance mondiale. La recherche est nécessaire pour pouvoir mettre au point des interventions de migration et santé fondées sur des éléments factuels et adaptées au contexte, ce qui contribuera à une couverture sanitaire universelle. Des partenariats avec des organisations internationales et les milieux universitaires permettront de soutenir une nouvelle génération de chercheurs en migration et santé dans le but d'élaborer de nouvelles approches de recherche et de nouveaux systèmes de surveillance visant à améliorer les réponses concernant la santé dans le contexte migratoire dans le monde⁵⁷. D'autres recherches, qui ne se limitent pas aux réfugiés et aux demandeurs d'asile ou à la santé mentale et au bien-être psychosocial, sont nécessaires pour mieux éclairer les améliorations apportées aux systèmes et aux services de santé.

Au niveau mondial, il faut améliorer la compréhension des conséquences de la mobilité humaine afin d'appuyer et de renforcer les plans de préparation dans le domaine de la santé publique – notamment en mettant au point des ripostes aux flambées de maladies infectieuses ou d'autres urgences sanitaires – et investir dans le renforcement des capacités de recherche, en particulier dans les pays à faible revenu et à revenu moyen⁵⁸. Dans le cadre d'un processus national de formulation de politiques de migration et santé, le secteur privé peut contribuer à l'élaboration de programmes pour améliorer la santé des travailleurs migrants, par exemple. Le rôle du secteur privé, qui a été négligé dans la gouvernance de la santé dans le contexte migratoire, peut notamment consister à parrainer le renforcement des capacités de recherche ou des interventions visant à répondre aux besoins de santé des travailleurs migrants. De tels programmes auront des retombées positives sur la santé des travailleurs migrants et de leur famille, tant dans les pays d'origine que dans les pays de destination.

Les cadres qui peuvent fournir des orientations et indiquer des possibilités stratégiques à l'appui d'interventions en matière de migration et santé sont, entre autres : la résolution de 2008 de l'Assemblée mondiale de la Santé intitulée « Santé des migrants » ; la résolution de 2017 de l'Assemblée mondiale de la Santé intitulée « Promotion de la santé des réfugiés et des migrants » ; les déclarations faites lors des deux consultations mondiales sur la santé des migrants ; le Projet de plan d'action mondial de l'OMS sur la santé des migrants ; et le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières, dans lequel la santé est une priorité transversale⁵⁹. Ces cadres peuvent être utilisés par les milieux universitaires, les Nations Unies, la société civile et par les gouvernements pour mobiliser des moyens d'action, y compris au sein du secteur privé. Les décideurs – avec l'appui des chercheurs – doivent déterminer comment les secteurs chargés de la santé et de la migration peuvent renforcer leur engagement en matière de santé dans le contexte migratoire à la faveur d'une approche inscrivant la migration et la santé au cœur de toutes les politiques (approche MHiAP). Étant donné que l'intégration et la prise en considération des migrants et de la migration sont un aspect essentiel des programmes mondiaux de lutte contre les maladies – tels que les programmes de lutte contre la tuberculose et le paludisme – et des programmes d'action pour la sécurité sanitaire mondiale, la santé devrait constituer un pilier essentiel de l'élaboration de la gouvernance des migrations.

À l'échelle régionale, l'élaboration d'approches coordonnées de la migration et de la santé doit s'appuyer sur des processus de consultation. À cet effet, les questions de santé pourraient être intégrées dans les processus consultatifs régionaux existants qui s'occupent de la migration et du développement, et pourraient

57 L'Initiative « Migration Health and Development Research Initiative » (MHADRI), disponible à l'adresse <https://mhadri.org/> (page consultée le 25 juillet 2019), est un réseau de recherche mondial récemment mis en place dont le but est de s'occuper de ces questions et de promouvoir des activités de recherche et des approches communes en matière de migration et de santé.

58 OIM, 2017c ; Wickramage *et al.*, 2018b.

59 OIM, 2017c ; OMS, 2010b, 2017, 2019 ; Assemblée mondiale de la Santé, 2008, 2017.

donner lieu à des collaborations aux fins de surveillance des maladies et d'interventions pour faciliter la continuité des soins par-delà les frontières nationales. Afin de mettre en pratique ces propositions, les États devraient envisager d'identifier un point focal national capable de faire avancer l'élaboration d'une politique nationale de migration et santé et de prendre la tête des interventions aux niveaux régional et mondial. Cela exigerait de suivre une approche intersectorielle, participative et fondée sur des éléments factuels, d'élaborer et d'adopter un cadre de responsabilité et de donner une place centrale à la diplomatie en matière de santé mondiale. En investissant dans des interventions fondées sur des éléments factuels, les États seront mieux armés pour élaborer des réponses en matière de santé dans le contexte migratoire à l'échelle locale, régionale et mondiale. Cela aura des retombées positives sur la santé des migrants, appuiera les efforts visant à une couverture sanitaire universelle d'ici à 2030 et, en définitive, garantira aux individus, aux communautés et aux États l'accès aux avantages en matière de développement économique et social découlant de migrations où la santé de tous est préservée.

Appendice A : Priorités et mesures clés pour surveiller la santé des migrants et mettre au point des systèmes de santé soucieux des migrants

Surveiller la santé des migrants

Priorités	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à l'harmonisation et à la comparabilité des données sur la santé des migrants. • Améliorer la compréhension des tendances et des résultats par la ventilation et l'analyse appropriées des informations sur la santé des migrants d'une manière qui tienne compte de la diversité des populations de migrants. • Améliorer le suivi des comportements favorisant la santé des migrants, de leur accès aux services de santé et de leur utilisation de ceux-ci, et renforcer la collecte de données relatives à l'état de santé des migrants et aux résultats obtenus concernant leur santé. • Identifier et cartographier : a) les bonnes pratiques en matière de surveillance de la santé des migrants ; b) les modèles de politiques favorisant l'accès équitable des migrants à la santé ; et c) les modèles de systèmes de santé et les pratiques tenant compte des migrants. • Produire des données utiles pouvant être reliées à la prise de décisions et au suivi des effets des politiques et des programmes.
Mesures clés	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les indicateurs clés qui sont acceptables et utilisables d'un pays à l'autre. • Promouvoir l'inclusion de variables relatives à la migration dans les recensements existants, les statistiques nationales, les enquêtes de santé ciblées et les systèmes d'information sanitaire courants, ainsi que dans les statistiques de secteurs tels que le logement, l'éducation, le travail et la migration. • Recourir à des approches innovantes pour collecter des données sur les migrants au-delà des instruments traditionnels, comme les statistiques de l'état civil et les systèmes d'information sanitaire courants. • Expliquer clairement aux migrants pourquoi des données relatives à la santé sont collectées et en quoi cela peut leur être profitable, et veiller à ce que des garanties soient en place pour empêcher toute utilisation discriminatoire ou préjudiciable des données. • Faire connaître les méthodes de collecte des données, les utilisations et le partage des données relatives à la santé des migrants aux gouvernements, à la société civile et les organisations internationales. • Produire un rapport sur l'état de santé des migrants dans le monde, en y incluant des rapports sur l'état d'avancement pays par pays.

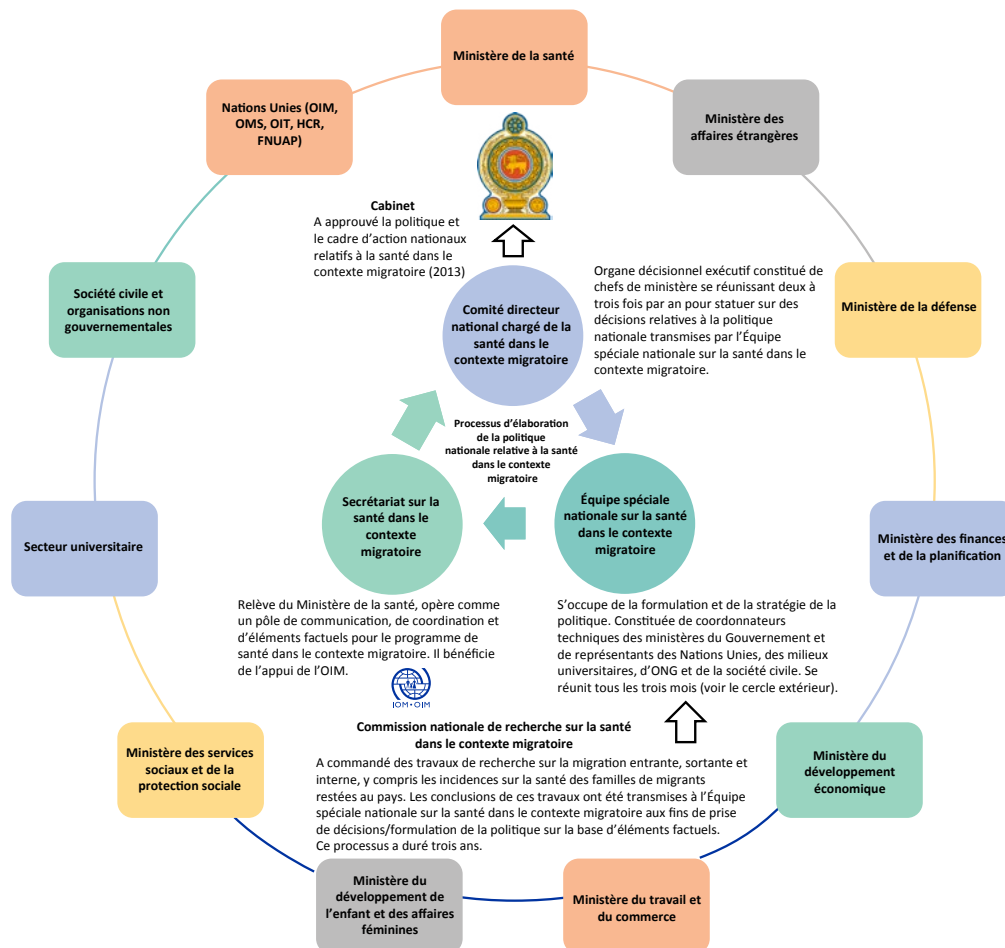
Systèmes de santé soucieux des migrants

Priorités	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les services de santé soient fournis aux migrants d'une manière appropriée sur les plans linguistique et culturel, et à ce que les lois et règlements interdisant la discrimination soient appliqués. • Adopter des mesures pour rendre les systèmes de santé mieux à même de fournir des services et de mettre en œuvre des programmes soucieux des migrants de manière exhaustive, coordonnée et financièrement durable. • Améliorer la continuité et la qualité des soins reçus par les migrants dans tous les contextes, y compris les soins prodigués par des services de santé d'ONG et par d'autres fournisseurs. • Renforcer les capacités du personnel du secteur de la santé et d'autres secteurs pertinents lui permettant de comprendre les questions sociales et sanitaires associées à la migration et à d'y répondre.
Mesures clés	<ul style="list-style-type: none"> • Créer au sein des gouvernements des points focaux pour les questions relatives à la santé des migrants. • Élaborer des normes en matière de fourniture de services de santé, de gestion et de gouvernance organisationnelles qui tiennent compte des compétences linguistiques et culturelles, des facteurs épidémiologiques et des difficultés juridiques, administratives et financières. • Élaborer des cadres pour la mise en œuvre de systèmes de santé et le suivi de leurs résultats en matière de services sanitaires soucieux des migrants. • Mettre au point des méthodes permettant d'analyser les coûts de la prise en compte ou non des questions relatives à la santé des migrants. • Associer des agents de santé de la diaspora à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des services de santé et des programmes éducatifs soucieux des migrants. • Inclure la santé des migrants dans la formation de premier cycle, de deuxième cycle et dans la formation professionnelle continue de tous les personnels de santé, y compris le personnel d'appui et de direction.

Appendice B : Enseignements tirés de la promotion d'une politique et d'un cadre d'action nationaux relatifs à la santé dans le contexte migratoire à Sri Lanka

La croissance économique soutenue et les dividendes de la paix obtenus depuis la fin du long conflit civil en 2009 ont repositionné Sri Lanka comme une économie en plein essor dans la région de l'Asie du Sud. La migration internationale continue de stimuler le développement de Sri Lanka, qui est à la fois un pays exportateur de main-d'œuvre (plus de deux millions de ses ressortissants travaillent à l'étranger en tant que travailleurs migrants), et importateur de main-d'œuvre – des travailleurs migrants de pays comme l'Inde et la Chine arrivent de plus en plus nombreux à Sri Lanka pour travailler sur des grands projets d'infrastructure tels que de nouvelles autoroutes et de nouveaux ports maritimes et aéroports. Ces réalisations vont accroître encore la mobilité de la population, tant vers l'île qu'à l'intérieur de celle-ci. La fin de la guerre a également permis aux réfugiés sri-lankais de revenir d'Inde et aux personnes déplacées à l'intérieur du pays, beaucoup plus nombreuses, de retourner dans leur région d'origine. Il devient par conséquent important de répondre aux difficultés rencontrées par divers flux de population en constante évolution en matière de santé.

Figure 1 : Promotion du processus d'élaboration d'une politique nationale relative à la santé dans le contexte migratoire à Sri Lanka



En reconnaissant que la santé dans le contexte migratoire doit être prise en considération de manière intersectorielle, le gouvernement sri-lankais a adopté une approche fondée sur des données factuelles et « mobilisant l'ensemble des pouvoirs publics » pour faire avancer le processus d'élaboration d'une politique nationale relative à la santé dans le contexte migratoire. Ce processus a été dirigé par le Ministère de la santé avec la collaboration technique de l'OIM. Sri Lanka demeure l'un des rares pays dotés d'une politique et d'un plan d'action nationaux spécialement consacrés à la santé dans le contexte migratoire. Ceux-ci ont été mis en place en 2013.

Six enseignements clés tirés de la promotion de la politique nationale relative à santé dans le contexte migratoire

1. Adopter une approche intersectorielle et participative

Un mécanisme interministériel a été mis en place, dirigé par le Ministère de la santé, afin de stimuler le programme d'action en matière de migration et de santé. Le cadre de coordination multisectoriel se compose de trois éléments : a) un Secrétariat spécial au sein de la Direction des politiques et de la planification chargé de diriger la coordination au quotidien ; b) une Équipe spéciale nationale sur la santé dans le contexte migratoire, chargée de diriger la coopération technique ; et c) un Comité directeur national chargé de la santé dans le contexte migratoire, chargé de prendre les mesures au niveau juridique et au niveau exécutif. L'Équipe spéciale a permis à la société civile, au secteur non gouvernemental, aux milieux universitaires, à des organisations intergouvernementales et aux migrants eux-mêmes de participer au processus.

2. Adopter une approche inclusive

Après d'intenses délibérations, l'Équipe spéciale a ciblé des catégories de migrants dans chacun des trois types de flux migratoires : entrants, sortants et internes. Les flux entrants comprennent notamment les travailleurs migrants étrangers et les réfugiés de retour au pays ; les flux sortants englobent des catégories telles que les migrants de travail, les étudiants internationaux et les militaires ; et les flux internes comprennent les travailleurs en zone de libre-échange, les travailleurs saisonniers et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Compte tenu du grand nombre de travailleurs migrants, une quatrième section de la politique a été consacrée aux enfants et aux familles restés au pays de travailleurs migrants internationaux.

3. Adopter une solide approche fondée sur des éléments factuels

L'une des particularités de l'élaboration de la politique de Sri Lanka a été l'accent mis sur une approche fondée sur des éléments factuels pour formuler la politique et orienter les interventions. Un profil migratoire du pays a été établi pendant la phase d'élaboration et une Commission nationale de recherche sur la santé dans le contexte migratoire a été constituée pour une durée de trois ans. Des efforts ont été déployés pour mener des travaux de recherche multidisciplinaires rigoureux et conformes à des normes éthiques exigeantes. Les conclusions de ces travaux ont été communiquées lors d'une série de symposiums nationaux sur la recherche en santé migratoire auxquels ont participé des organismes gouvernementaux, des représentants de communautés de migrants, la société civile, des partenaires de développement, des institutions spécialisées des Nations Unies, le secteur privé et les milieux universitaires.

4. Adopter une approche pragmatique et réactive

Un aspect important du processus d'élaboration de la politique a été l'impératif de répondre à tous les enjeux importants que le pays pourrait rencontrer en matière de migration et de santé, plutôt que de demeurer dans un processus statique, uniquement orienté sur la formulation de la politique. L'utilité d'une équipe spéciale

interministérielle pour prendre des mesures concrètes a été reconnue. Par exemple, une stratégie nationale en matière de santé aux frontières été élaborée pour renforcer les capacités aux points d'entrée afin de mieux se préparer aux risques pour la sécurité sanitaire mondiale, de mieux y faire face et de les atténuer, ainsi que pour améliorer la surveillance des maladies et la coordination aux points d'entrée.

5. Intégrer un cadre de responsabilité

Le suivi des progrès accomplis et la présentation de rapports réguliers sur ceux-ci à l'échelle nationale, infranationale et mondiale constituent un aspect essentiel de la mise en œuvre de la politique. Sri Lanka a rendu compte formellement des progrès accomplis dans les quatre domaines d'intervention énoncés dans la résolution 61.17 de l'Assemblée mondiale de la Santé, intitulée « La santé des migrants », en 2010 et 2011. Un bulletin national sur la migration et la santé a également été élaboré par l'Équipe spéciale et peut être consulté dans son intégralité à l'adresse www.migrationhealth.lk. Une difficulté récurrente a été d'assurer le maintien des efforts de coordination, tant au sein du Ministère de la santé qu'entre ministères et partenaires.

6. Garantir la diplomatie et la mobilisation en faveur de la santé mondiale

Dans un monde globalisé, les États Membres ne peuvent pas réussir seuls à faire avancer avec efficacité leur programme national de santé dans le contexte migratoire. Des efforts diplomatiques multilatéraux doivent être menés avec les pays d'origine et d'accueil en reconnaissant que les vulnérabilités en matière de santé existent à tous les stades de la migration et par-delà des frontières.

Appendice C : La santé dans la mise en œuvre du Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières

Objectif 1 : Collecter et utiliser des données précises et ventilées qui serviront à l'élaboration de politiques fondées sur la connaissance des faits

Les efforts consistant à définir des profils migratoires par pays à l'aide de données ventilées dans un contexte national doivent prendre en compte des données relatives à la santé, afin d'élaborer des politiques migratoires fondées sur la connaissance des faits. Pour commencer, des plateformes pratiques réunissant des experts, des universitaires et des décideurs à l'échelle mondiale peuvent être mises en place pour renforcer les systèmes d'information afin d'analyser les tendances en matière de santé des migrants, de ventiler les informations relatives à la santé et de faciliter la mise en commun des enseignements tirés.

Objectif 7 : S'attaquer aux facteurs de vulnérabilité liés aux migrations et les réduire

Les mesures visant à s'attaquer aux vulnérabilités dans le contexte migratoire comprennent la fourniture de soins de santé, de services psychologiques et d'autres services de conseil, en particulier à l'intention des femmes migrantes, des adolescents et des enfants non accompagnés ou séparés de leur famille à toutes les étapes de leur migration. Les expériences des migrants, notamment la xénophobie, les restrictions migratoires imposées aux migrants ayant des besoins sanitaires, ainsi que d'autres lacunes et incohérences sur le plan des politiques, doivent être prises en considération, et des efforts doivent être fournis pour renforcer la résilience des migrants par des informations appropriées, par l'éducation et l'autonomisation en vue de l'auto-assistance.

Objectif 10 : Prévenir, combattre et éliminer la traite de personnes dans le cadre des migrations internationales

Pour offrir protection et assistance aux personnes victimes de la traite, il sera nécessaire d'intégrer des mesures relatives à la santé physique et psychologique, y compris en matière de fourniture de services et de développement des capacités. À cet effet, une coopération et des partenariats transfrontaliers devront être noués afin d'harmoniser les politiques et les pratiques intersectorielles et d'assurer la continuité des soins et des interventions sanitaires répondant aux besoins particuliers des femmes, des hommes, des filles et des garçons en matière de santé.

Objectif 15 : Assurer l'accès des migrants aux services de base

Cet objectif invite les gouvernements à « tenir compte des besoins de santé des migrants dans les politiques et plans de santé nationaux et locaux, [...] notamment en prenant en considération les recommandations pertinentes données par l'Organisation mondiale de la Santé dans le cadre sur les priorités et les principes directeurs de la promotion de la santé des réfugiés et des migrants », qui ont été élaborées en collaboration avec les États Membres, l'OIM et d'autres partenaires des Nations Unies. Ces engagements sont liés aux plans adoptés par les gouvernements pour atteindre les résultats visés par les ODD en matière de santé (ODD 3 et autres), notamment le renforcement des systèmes de prestation de services [de santé] accessibles aux migrants.

Objectif 22 : Mettre en place des mécanismes de portabilité des droits de sécurité sociale et des avantages acquis

L'inclusion de mesures relatives à la santé dans cet objectif nécessitera une évaluation et un renforcement de la protection contre les risques financiers dans les services de santé, afin de réduire les dépenses de santé colossales qui sont à la charge des migrants. La protection sociale en matière de santé doit faire partie intégrante des accords réciproques de sécurité sociale organisant la portabilité des avantages acquis des travailleurs migrants à tous niveaux de qualification, qu'il s'agisse de migration temporaire ou à long terme.

Références*

Chapitre 7

Abbas, M., T. Aloudat, J. Bartolomei, M. Carballo, S. Durieux-Paillard, L. Gabus, A. Jablonka, Y. Jackson, K. Kaojaroen, D. Koch, E. Martinez, M. Mendelson, R. Petrova-Benedict, S. Tsiodras, D. Christie, M. Saam, S. Hargreaves et D. Pittet

2018 Migrant and refugee populations: A public health and policy perspective on a continuing global crisis. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, vol. 7, n° 113. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1186/s13756-018-0403-4>.

Aboii, S.

2016 Undocumented immigrants and the inclusive health policies of sanctuary cities. *Harvard Public Health Review*, vol. 9. Disponible à l'adresse <http://harvardpublichealthreview.org/undocumented-immigrants-and-the-inclusive-health-policies-of-sanctuary-cities/>.

Abubakar, I., R.W. Aldridge, D. Devakumar, M. Orcutt, R. Burns, M.L. Barreto, P. Dhavan, F.M. Fouad, N. Groce, Y. Guo, S. Hargreaves, M. Knipper, J.J. Miranda, N. Madise, B. Kumar, D. Mosca, T. McGovern, L. Rubenstein, P. Sammonds, S.M. Sawyer, K. Sheikh, S. Tollman, P. Spiegel et C. Zimmerman

2018 The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: The health of a world on the move. *The Lancet*, vol. 392, n° 10164, p. 2606 à 2654. Disponible à l'adresse [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7).

Aldridge, R.W., L.B. Nellums, S. Bartlett, A.L. Barr, P. Patel, R. Burns, S. Hargreaves, J.J. Miranda, S. Tollman, J.S. Friedland et I. Abubakar

2018 Global patterns of mortality in international migrants: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, vol. 392, n° 10164, p. 2553 à 2566. Disponible à l'adresse [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32781-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32781-8).

Assemblée générale des Nations Unies

2015 Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030, [A/RES/70/1](#).

2018a Projet de document final de la Conférence, Conférence intergouvernementale chargée d'adopter le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières. Note du Président de l'Assemblée générale. 30 juillet. [A/CONF.231/3](#).

2018b Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés. Deuxième partie : Pacte mondial sur les réfugiés. [A/73/12 \(Part II\)](#).

Assemblée mondiale de la Santé

2008 Résolution 61.17 de l'Assemblée mondiale de la Santé : Santé des migrants.

2017 Résolution 70.15 de l'Assemblée mondiale de la Santé : Promotion de la santé des réfugiés et des migrants.

* Tous les liens hypertextes indiqués fonctionnaient au moment de la publication.

- Benach, J., C. Muntaner, C. Delclos, M. Menéndez et C. Ronquillo
2011 Migration and "low-skilled" workers in destination countries. *PLoS Medicine*, vol. 8, n° 6, pmed 1001043. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001043>.
- Bhopal, R.
1997 Is research into ethnicity and health racist, unsound, or important science? *British Medical Journal*, vol. 314, n° 7096, p. 1751 à 1756.
- Bozorgmehr, K. et L. Biddle
2018 New UN Compact for Migration falls short on health. *British Medical Journal*, vol. 363, k5327. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1136/bmj.k5327>.
- Brandenberger, J., T. Tylleskär, K. Sontag, B. Peterhans et N. Ritz
2019 A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries – the 3C model. *BMC Public Health*, vol. 19, n° 1, p. 755.
- Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
2018 Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Stockholm.
- Chung, R.Y. et S.M. Griffiths
2018 Migration and health in the world: A global public health perspective. *Public Health*, vol. 158, p. 64 à 65. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.04.005>.
- Cotter, C., H.J.W. Sturrock, M.S. Hsiang, J. Liu, A.A. Phillips, J. Hwang, C.S. Gueye, N. Fullman, R.D. Gosling et R.G.A. Feachem
2013 The changing epidemiology of malaria elimination: New strategies for new challenges. *The Lancet*, vol. 382, n° 9895, p. 858.
- Crisp, N. et L. Chen
2014 Global supply of health professionals. *New England Journal of Medicine*, vol. 370, n° 10, p. 950 à 957.
- CSU2030
2017 Pacte mondial pour progresser vers une couverture sanitaire universelle. CSU2030. Disponible à l'adresse www.uhc2030.org/fr/notre-mission/pacte-mondial/.
- Devakumar, D., N. Russell, L. Murphy, K. Wickramage, S.M. Sawyer et I. Abubakar
2018 Children and adolescents on the move: What does the Global Compact for Migration mean for their health? *The Lancet Child and Adolescent Health*, vol. 3, n° 2, p. 64 à 66. Disponible à l'adresse [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30376-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30376-6).
- Fellmeth, G., K. Rose-Clarke, C. Zhao, L.K. Buser, Y. Zheng, A. Massazza, H. Sonmez, B. Eder, A. Blewitt, W. Lertgrai, M. Orcutt, K. Ricci, O. Mohamed-Ahmed, R. Burns, D. Knipe, S. Hargreaves, T. Hesketh, C. Opondo et D. Devakumar
2018 Health impacts of parental migration on left-behind children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, vol. 392, n° 10164, p. 2567 à 2582. Disponible à l'adresse [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32558-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32558-3).

- Filges, T., E. Montgomery, M. Kastrup et A.-M.K. Jørgensen
2015 The impact of detention on the health of asylum seekers: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, vol. 11, n° 1. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.4073/csr.2015.13>.
- Fortier, J.P.
2010 Migrant-sensitive health systems. In : *Health of Migrants – The Way Forward: Report of a Global Consultation*. OMS, Genève, p. 61.
- Giorgi Rossi, P., F. Riccardo, A. Pezzarossi, P. Ballotari, M.G. Dente, C. Napoli, A. Chiarenza, C. Velasco Munoz, T. Noori et S. Declich
2017 Factors influencing the accuracy of infectious disease reporting in migrants: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 14, n° 7, p. 720. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.3390/ijerph14070720>.
- Grabovschi, C., C. Loignon et M. Fortin
2013 Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: A scoping review. *BMC Health Services Research*: vol. 13, article n° 94. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-94>.
- Graham, E., L. Jordan et B. Yeoh
2015 Parental migration and the mental health of those who stay behind to care for children in South-East Asia. *Social Science and Medicine*, vol. 132, p. 225 à 235.
- Griswold, K.S., K. Pottie, I. Kim, W. Kim et L. Lin
2018 Strengthening effective preventive services for refugee populations: Toward communities of solution. *Public Health Reviews*: 39, article n° 3. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0082-y>.
- Groupe de la Banque mondiale
2015 The Economic Impact of Ebola on Sub-Saharan Africa: Updated Estimates for 2015. Banque mondiale, New York.
- Guinto, R.L.L.R., U.Z. Curran, R. Suphanchaimat et N.S. Pocock
2015 Universal health coverage in 'One ASEAN': Are migrants included? *Global Health Action*, vol. 8, n° 1, article n° 25749. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.3402/gha.v8.25749>.
- Gushulak, B., J. Weekers et D.W. MacPherson
2009 Migrants in a globalized world – health threats, risks, and challenges: An evidence-based framework. *Emerging Health Threats Journal*, vol. 2, e10. Publié en ligne le 31 mars 2010. Disponible à l'adresse www.researchgate.net/publication/223989044_Migrants_in_a_globalized_world_-_health_threats_risks_and_challenges_an_evidence-based_framework.
- Hacker, K., M. Anies, B.L. Folb et L. Zallman
2015 Barriers to health care for undocumented immigrants: A literature review. *Risk Management and Healthcare Policy*, vol. 8, p. 175 à 183. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.2147/RMHP.S70173>.

- Heslehurst, N., H. Brown, A. Pemu, H. Coleman et I. Rankin
 2018 Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: A systematic review of systematic reviews. *BMC Medicine*: vol 16, article n° 89. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1064-0>.
- Hiam, L., S. Steele et M. McKee
 2018 Creating a 'hostile environment for migrants': The British government's use of health service data to restrict immigration is a very bad idea. *Health Economics, Policy and Law*, vol. 13, n° 2, p. 107 à 117.
- Ho, S., D. Javadi, S. Causevic, E.V. Langlois, P. Friberg et G. Tomson
 2019 Intersectoral and integrated approaches in achieving the right to health for refugees on resettlement: A scoping review. *BMJ Open*, vol. 9, n° 7, e029407. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029407>.
- Hui, C., J. Dunn, R. Morton, L.P. Staub, A. Tran, S. Hargreaves, C. Greenaway, B.A. Biggs, R. Christensen et K. Pottie
 2018 Interventions to improve vaccination uptake and cost effectiveness of vaccination strategies in newly arrived migrants in the EU/EEA: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 15, n° 10, p. 2065. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.3390/ijerph15102065>.
- Ingleby, D., R. Petrova-Benedict, T. Huddleston et E. Sanchez
 2018 The MIPEX Health strand: A longitudinal, mixed-methods survey of policies on migrant health in 38 countries. *European Journal of Public Health*, vol. 29, n° 3, p. 458 à 462. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky233>.
- International Society for Social Pediatrics and Child Health (ISSOP), Migration Working Group
 2018 ISSOP position statement on migrant child health. *Child: Care, Health and Development*, vol. 44, n° 1, p. 161 à 170.
- Iten, A.E., E.A. Jacobs, M. Lahiff et A. Fernández
 2014 Undocumented immigration status and diabetes care among Mexican immigrants in two immigration "sanctuary" areas. *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 16, n° 2, p. 229 à 238.
- Jensen, T.K., E.M. Skårdalsmo et K.W. Fjermestad
 2014 Development of mental health problems – A follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, vol. 8, n° 29. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-29>.
- Jitthai, N.
 2013 Migration and malaria. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, vol. 44 (suppl. 1), p. 166 à 200 ; discussion : 306-307.
- Juárez, S.P., H. Honkaniemi, A.C. Dunlavy, R.W. Aldridge, M.L. Barreto, S.V. Katikireddi et M. Rostila
 2019 Effects of non-health-targeted policies on migrant health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, vol. 7, n° 4, p. 420 à 435. Disponible à l'adresse [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30560-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30560-6).

- Khan, M.S., A. Osei-Kofi, A. Omar, H. Kirkbride, A. Kessel, A. Abbara, D. Heymann, A. Zumla et O. Dar
2016 Pathogens, prejudice, and politics: The role of the global health community in the European refugee crisis. *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 16 : p. e173 à e177. Disponible à l'adresse [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30134-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30134-7).
- Kiss, L., N.S. Pocock, V. Naisanguansri, S. Suos, B. Dickson, D. Thuy, J. Koehler, K. Sirisup, N. Pongrungsee, V.A. Nguyen, R. Borland, P. Dhavan et C. Zimmerman
2015 Health of men, women, and children in post-trafficking services in Cambodia, Thailand, and Vietnam: An observational cross-sectional study. *The Lancet Global Health*, vol. 3, n° 3, p. e154 à e161. Disponible à l'adresse [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70016-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70016-1).
- Lee, A., F. Sim et P. Mackie
2018 Migration and health – Seeing past the hype, hysteria and labels. *Public Health*, vol. 158 : A1-A2. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.04.004>.
- Lönnroth, K., G.B. Migliori, I. Abubakar, L. D'Ambrosio, G. de Vries, R. Diel, P. Douglas, D. Falzon, M.-A. Gaudreau, D. Goletti, E.R. González Ochoa, P. LoBue, A. Matteelli, H. Njoo, I. Solovic, A. Story, T. Tayeb, M.J. van der Werf, D. Weil, J.-P. Zellweger, M. Abdel Aziz, M.R.M. Al Lawati, S. Aliberti, W. Arrazola de Oñate, D. Barreira, V. Bhatia, F. Blasi, A. Bloom, J. Bruchfeld, F. Castelli, R. Centis, D. Chemtob, D.M. Cirillo, A. Colorado, A. Dadu, U.R. Dahle, L. De Paoli, H.M. Dias, R. Duarte, L. Fattorini, M. Gaga, H. Getahun, P. Glaziou, L. Gogvadze, M. del Granado, W. Haas, A. Järvinen, G.-Y. Kwon, D. Mosca, P. Nahid, N. Nishikiori, I. Noguér, J. O'Donnell, A. Pace-Asciak, M.G. Pompa, G.G. Popescu, C. Robalo Cordeiro, K. Rønning, M. Ruhwald, J.-P. Sculier, A. Simunovic', A. Smith-Palmer, G. Sotgiu, G. Sulis, C.A. Torres-Duque, K. Umeki, M. Uplekar, C. van Weezenbeek, T. Vasankari, R.J. Vitillo, C. Voniatis, M. Wanlin et M.C. Raviglione
2015 Towards tuberculosis elimination: An action framework for low-incidence countries. *European Respiratory Journal*, vol. 45, p. 928 à 952. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1183/09031936.00214014>.
- Lougarre, C.
2016 Using the right to health to promote universal health coverage. *Health and Human Rights Journal*, vol. 18, n° 2, p. 35 à 38.
- Lu, Y. et A. Zhang
2016 The link between migration and health. In : *Handbook of Migration and Health* (F. Thomas, dir. publ.). Edward Elgar Publishing, Cheltenham, p. 19 à 43.
- Lynch, C. et C. Roper
2011 The transit phase of migration: Circulation of malaria and its multidrug-resistant forms in Africa. *PLoS Medicine*, vol. 8, pmed. 1001040.
- Malhotra, R., C. Arambepola, S. Tarun, V. de Silva, J. Kishore et T. Østbye
2013 Health issues of female foreign domestic workers: A systematic review of the scientific and gray literature. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, vol. 19, n° 4, p. 261 à 277. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1179/2049396713Y.0000000041>.

Martinez, O., E. Wu, T. Sandfort, B. Dodge, A. Carballo-Diequez, R. Pinto, S.D. Rhodes, E. Moya et S. Chavez-Baray

- 2015 Evaluating the impact of immigration policies on health status among undocumented immigrants: A systematic review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 17, n° 3, p. 947 à 970. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9968-4>.

Migrating out of Poverty

- 2017 Thinking twice: Myths about migration.

Migration Policy Institute

- 2015 Promoting the Well-Being of Left-Behind Children of Asian Labor Migrants: Evidence for Policy and Action. Policy Briefs. Disponible à l'adresse www.migrationpolicy.org/research/promoting-health-left-behind-children-asian-labour-migrants-evidence-policy-and-action.

Mladovsky, P.

- 2013 Migrant health in the EU. In : *Disaggregated Data and Human Rights: Law, Policy and Practice*. The University of Essex Human Rights Centre Clinic, p. 31 à 32.

Murty, O.P.

- 2009 Maid abuse. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, vol. 16, p. 290 à 296. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2008.12.020>.

Onarheim, K.H., A. Melberg, B.M. Meier et I. Miljeteig

- 2018 Towards universal health coverage: Including undocumented migrants. *BMJ Global Health*, vol. 3, n° 5, e001031. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001031>.

Organisation internationale du Travail (OIT)

- 2015 *ILO Global Estimates on International Migrant Workers: Results and Methodology. Special Focus on Migrant Domestic Workers*. OIT, Service des migrations de main-d'œuvre et Département de la statistique, Genève. Disponible à l'adresse www.ilo.ch/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_436343.pdf.
- 2018 *ILO Global Estimates on International Migrant Workers: Results and Methodology*. OIT, Service des migrations de main-d'œuvre et Département de la statistique, Genève. Disponible à l'adresse www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_652001.pdf.

Organisation internationale pour les migrations (OIM)

- 2004 *La santé dans le contexte migratoire – un bénéfice partagé par toutes les parties*, doc. MC/INF/275. OIM, Genève.
- 2008 *Migration et santé : Programmes et perspectives de l'OIM : « Pour une approche multisectorielle »*. Comité permanent des programmes et des finances, deuxième session, doc. CPPF/12. OIM, Genève.
- 2013 *Migration internationale, santé et droits de l'homme*. OIM, Genève. Disponible à l'adresse <https://publications.iom.int/fr/books/migration-internationale-sante-et-droits-de-lhomme>.

- 2016 *Recovering from the Ebola Crisis: IOM's Strategic Framework for Action 2015–2017*. Portail de la recherche sur la santé dans le contexte migratoire. OIM, Genève.
- 2017a *Summary Report on the MIPEX Health Strand and Country Reports*. IOM Migration Research Series, n° 52, Genève. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.18356/c58c11aa-en>.
- 2017b *Migration Health Research to Advance Evidence Based Policy and Practice in Sri Lanka*. OIM, Genève. Disponible à l'adresse <https://publications.iom.int/books/migration-health-research-advance-evidence-based-policy-and-practice-sri-lanka>.
- 2017c *La santé des migrants : redéfinir le programme d'action*. Rapport de la deuxième Consultation mondiale. Colombo (Sri Lanka), du 21 au 23 février 2017. OIM, Genève. Disponible à l'adresse www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/gc2_srilanka_report_2017_final_fr_17.01.2019.pdf.
- 2018 *Migration of health workers*. Migration Health Factsheets. OIM, Genève.

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

- 1946 Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 au 22 juin 1946, signée par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2,100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948.
- 2007 *Rapport sur la santé dans le monde 2007 – Un avenir plus sûr : la sécurité sanitaire mondiale au XXIe siècle*, Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- 2010a *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé*, OMS, Genève. Disponible à l'adresse www.who.int/hrh/migration/code/code_fr.pdf?ua=1.
- 2010b *Health of Migrants – The Way Forward: Report of a global consultation*. Madrid, du 3 au 5 mars. OMS, Genève.
- 2014 *Health in All Policies (HiAP), Framework for Country Action*. OMS, Genève.
- 2015 *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030*, Programme mondial de lutte antipaludique, Genève.
- 2017 *Promotion de la santé des réfugiés et des migrants*. Projet de cadre sur les priorités et les principes directeurs de la promotion de la santé des réfugiés et des migrants. Rapport du Secrétariat. Soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé. Point 13.7 de l'ordre du jour provisoire (n° A70/24). OMS, Genève.
- 2019 *Promotion de la santé des réfugiés et des migrants*. Projet de plan d'action mondial 2019-2023. OMS, Genève.

Pindolia, D.K., A.J. Garcia, A. Wesolowski, D.L. Smith, C.O. Buckee, A.M. Noor, R.W. Snow et A.J. Tatem

- 2012 Human movement data for malaria control and elimination strategic planning. *Malaria Journal*, vol. 11, article n° 205. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1186/1475-2875-11-205>.

- Pottie, K., C. Hui, P. Rahman, D. Ingleby, E.A. Akl, G. Russell, L. Ling, K. Wickramage, D. Mosca et C.D. Brindis
2017 Building responsive health systems to help communities affected by migration: An international Delphi consensus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 14, n° 2, p. 144. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.3390/ijerph14020144>.
- Rechel, B., P. Mladovsky et W. Devillé
2012 Monitoring migrant health in Europe: A narrative review of data collection practices. *Health Policy*, vol. 105, n° 1, p. 10 à 16.
- Riccardo, F., M.G. Dente, T. Kärki, M. Fabiani, C. Napoli, A. Chiarenza, P. Giorgi Rossi, C.V. Munoz, T. Noori et S. Declich
2015 Towards a European framework to monitor infectious diseases among migrant populations: Design and applicability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 12, n° 9, p. 11 640 à 11 661. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.3390/ijerph120911640>.
- Robjant, K., R. Hassan et C. Katona
2009 Mental health implications of detaining asylum seekers: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 194, n° 4, p. 306 à 312. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053223>.
- Sampson, R., V. Chew, G. Mitchell et L. Bowring
2015 *There Are Alternatives: A Handbook for Preventing Unnecessary Immigration Detention (Revised)*. International Detention Coalition, Melbourne.
- Senarath, U., K. Wickramage et S.L. Peiris
2014 Prevalence of depression and its associated factors among patients attending primary care settings in the post-conflict Northern Province in Sri Lanka: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, vol. 14, article n° 85. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-85>.
- Siriwardhana, C., B. Roberts et M. McKee
2017 Vulnerability and resilience. Thematic Discussion Paper. Deuxième Consultation mondiale sur la santé des migrants. OIM, Genève.
- Siriwardhana, C., K. Wickramage, S. Siribaddana, P. Vidanapathirana, B. Jayasekara, S. Weerawarna, G. Pannala, A. Adikari, K. Jayaweera, S. Pieris et A. Sumathipala
2015 Common mental disorders among adult members of 'left-behind' international migrant worker families in Sri Lanka. *BMC Public Health*, vol. 15, article n° 299.
- Spallek, J., A. Reeske, H. Zeeb et O. Razum
2016 Models of migration and health. In : *Handbook of Migration and Health* (F. Thomas, dir. publ.). Edward Elgar Publishing, Cheltenham, p. 44 à 58.
- Suphanchaimat, R., K. Kantamaturapoj, W. Putthasri et P. Prakongsai
2015 Challenges in the provision of healthcare services for migrants: A systematic review through providers' lens. *BMC Health Services Research*, vol. 15, article n° 390. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1065-z>.

- Sweileh, W.M.
2018 Global research output in the health of international Arab migrants (1988-2017). *BMC Public Health*, vol. 18, article n° 755. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5690-4>.
- Sweileh, W.M., K. Wickramage, K. Pottie, C. Hui, B. Roberts, A.F. Sawalha et S.H. Zyoud
2018 Bibliometric analysis of global migration health research in peer-reviewed literature (2000–2016). *BMC Public Health*, vol. 18, article n° 777. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5689-x>.
- Thapa, D.K., D. Visentin, R. Kornhaber et M. Cleary
2018 Migration of adult children and mental health of older parents 'left behind': An integrative review. *PLoS One*, vol 13, n° 10, e0205665.
- Thomas, F. (dir. publ.)
2016 *Handbook of Migration and Health*. Edward Elgar Publishing, Cheltenham.
- Trummer, U., S. Novak-Zezula, A. Renner et I. Wilczewska
2016 Cost analysis of health care provision for irregular migrants and EU citizens without insurance. Étude thématique élaborée et menée par le Centre pour la santé et la migration (Vienne), sous l'autorité générale de la Division Migration et santé de l'OIM au Bureau régional de l'OIM à Bruxelles, dans le cadre du projet « Equi-Health », cofinancé par la Commission européenne, dans le but d'améliorer l'accès à des services de soins de santé de qualité à l'intention des migrants, des Roms et d'autres groupes ethniques minoritaires vulnérables.
- Tulloch, O., F. Machingura et C. Melamed
2016 *Health, migration and the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Overseas Development Institute, Londres.
- Vearey, J., M. Orcutt, L.O. Gostin, C. Adeola Braham et P. Duigan
2019 Building alliances for the global governance of migration and health. *British Medical Journal*, vol. 366, l4143. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1136/bmj.l4143>.
- White, L.C., M. Cooper et D. Lawrence
2019 Mental illness and resilience among sexual and gender minority refugees and asylum seekers. *British Journal of General Practice*, vol. 69, n° 678, p. 10 à 11. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700349>.
- Wickramage, K., R.G. Premaratne, S.L. Peiris et D. Mosca
2013 High attack rate for malaria through irregular migration routes to a country on verge of elimination. *Malaria Journal*, vol. 12, article n° 276. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1186/1475-2875-12-276>.
- Wickramage, K., M. De Silva et S. Peiris
2017 Patterns of abuse amongst Sri Lankan women returning home after working as domestic maids in the Middle East: An exploratory study of medico-legal referrals. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, vol. 45 (2017), p. 1 à 6. Disponible à l'adresse www.iom.int/sites/default/files/newsdesk/Forensic-medicine-Paper.pdf.

Wickramage, K. et G. Annunziata

- 2018 Advancing health in migration governance, and migration in health governance. *The Lancet*, vol. 392, p. 2 528 à 2 530. Disponible à l'adresse [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32855-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32855-1).

Wickramage, K., L.O. Gostin, E. Friedman, P. Prakongsai, R. Suphanchaimat, C. Hui, P. Duigan, E. Barragan et D.R. Harper

- 2018a Missing: Where are the migrants in pandemic influenza preparedness plans? *Health and Human Rights Journal*, vol. 20, n° 1, p. 251 à 258.

Wickramage, K., J. Vearey, A.B. Zwi, C. Robinson et M. Knipper

- 2018b Migration and health: A global public health research priority. *BMC Public Health*, vol. 18, n° 987.

Wild, V. et A. Dawson

- 2018 Migration: A core public health ethics issue. *Public Health*, Special issue on Migration: A global public health issue, vol. 158, p. 66 à 70. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.02.023>.

Winters, M., B. Rechel, L. de Jong et M. Pavlova

- 2018 A systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe. *BMC Health Services Research*, vol. 18, p. 30. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2838-y>.

Wolffers, I., S. Verghis et M. Marin

- 2003 Migration, human rights, and health. *The Lancet*, vol. 362, n° 9400, p. 2 019 à 2 020.

