



RAPPORT DU CIB SUR LA RÉPONSE BIOÉTHIQUE À LA SITUATION DES RÉFUGIÉS

Dans le cadre de son programme de travail pour 2016-2017, le Comité international de bioéthique (CIB) de l'UNESCO a décidé de mener une réflexion sur les questions de bioéthique pouvant découler de la situation des réfugiés, en portant une attention particulière aux soins de santé et en tenant compte des principes applicables figurant dans la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme.

Lors de sa 22^e session (ordinaire) tenue en septembre 2015, le CIB a mis en place un groupe de travail chargé de mener une première réflexion sur le sujet. Entre octobre 2015 et décembre 2015, celui-ci a consulté les organismes de l'ONU et autres acteurs intergouvernementaux et non gouvernementaux pertinents afin de mener un travail de recherche préliminaire, puis, sur cette base, a entamé, entre décembre 2015 et mars 2016, au moyen d'un échange de courriers électroniques, la préparation d'un texte fondé sur cette réflexion. Il s'est également réuni au Koweït en avril 2016 afin de parachever la structure et le contenu de son document. Le groupe de travail du CIB s'est appuyé sur ces travaux pour élaborer un projet de rapport préliminaire, qui a fait l'objet d'un débat lors de sa 23^e session (ordinaire), en septembre 2016. À la suite de cette discussion, il a procédé à une révision du projet de rapport préliminaire entre septembre et décembre 2016. Il s'est ensuite réuni en Espagne en mars 2017 afin de parachever ce document. Une version révisée du projet de rapport a été soumise pour observations au CIGB, au CIB, à la COMEST ainsi qu'aux organismes de l'ONU et aux acteurs intergouvernementaux et non gouvernementaux pertinents, entre mai et juin 2017. Le projet de rapport a été ensuite révisé en fonction des commentaires reçus. Le projet final du rapport a été examiné et révisé lors de la 24^e session (ordinaire) du CIB, et il a été adopté le 15 septembre 2017.

Le présent document ne prétend pas être exhaustif et ne reflète pas nécessairement le point de vue des États membres de l'UNESCO.

**RAPPORT DU CIB SUR LA
RÉPONSE BIOÉTHIQUE À LA SITUATION DES RÉFUGIÉS**

- I. CHAMP D'APPLICATION DU PRÉSENT DOCUMENT**
 - II. STATISTIQUES DE RÉFÉRENCE ET EXPOSÉ DE LA SITUATION**
 - II.1. Importance numérique et localisation géographique des réfugiés**
 - II.2. Causes de la situation des réfugiés**
 - II.3. Conséquences de la situation des réfugiés**
 - II.3.1. Conséquences pour les réfugiés**
 - II.3.2. Conséquences pour les pays d'origine**
 - II.3.3. Conséquences pour les pays de transit**
 - II.3.4. Conséquences pour les pays d'accueil**
 - III. SERVICES DE SANTÉ AUX RÉFUGIÉS ET INSTRUMENTS INTERNATIONAUX APPLICABLES**
 - IV. QUELLES SONT LES IMPLICATIONS DU DROIT AUX SOINS DE SANTÉ DANS LE CONTEXTE DES RÉFUGIÉS ?**
 - V. ENJEUX ÉTHIQUES**
 - V.1. Prise de décisions**
 - V.2. Vulnérabilité**
 - V.3. Égalité, justice, équité et allocation des ressources**
 - V.4. Identité, non-discrimination, non-stigmatisation**
 - V.5. Établissements de santé sensibilisés aux questions culturelles**
 - V.6. Responsabilité morale mondiale**
 - V.7. Recherche**
 - V.8. Enjeux en matière de santé publique**
 - V.9. Difficultés propres aux camps de réfugiés permanents**
 - VI. SENSIBILISATION DU PUBLIC FACE À ET ENGAGEMENT ENVERS LA SITUATION DES RÉFUGIÉS**
 - VII. RECOMMANDATIONS**
- ANNEXE : INSTRUMENTS RÉGIONAUX DES DROITS DE L'HOMME PROTÉGEANT LE DROIT À LA SANTÉ**
- BIBLIOGRAPHIE**

RAPPORT DU CIB SUR LA RÉPONSE BIOÉTHIQUE À LA SITUATION DES RÉFUGIÉS

I. CHAMP D'APPLICATION DU PRÉSENT DOCUMENT

1. La souffrance terrible des personnes déplacées de force heurte la conscience de l'humanité et de la communauté internationale. La crise des réfugiés de la deuxième décennie du XXI^e siècle a, à juste titre, attiré l'attention du monde entier, pour des raisons à la fois humanitaires et politiques. Bien que cette crise ne soit que la dernière en date, la prise de conscience planétaire de ces événements dramatiques semble plus importante que jamais, et ce, en raison de divers facteurs, y compris la nature des médias contemporains. Malgré l'attention considérable accordée aux différents aspects de la crise actuelle, il n'y a presque pas eu de débats publics non seulement sur les questions de bioéthique auxquelles la communauté mondiale doit faire face en raison de la crise actuelle, mais aussi sur celles que de nombreux épisodes précédents de déplacements forcés massifs ont soulevées. Le présent rapport émet des recommandations quant aux principes qui devraient régir la réponse apportée par les différentes parties concernées à la situation des réfugiés, aujourd'hui et à l'avenir.

2. Tous les réfugiés sont des migrants, mais tous les migrants ne sont pas des réfugiés. D'après l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), un migrant s'entend de « toute personne qui, quittant son lieu de résidence habituelle, franchit ou a franchi une frontière internationale ou se déplace ou s'est déplacée à l'intérieur d'un État » (OIM, n.d.). En outre, toujours selon l'OIM, 232 millions d'individus deviennent chaque année des migrants internationaux, auxquels s'ajoutent 740 millions de personnes qui migrent à l'intérieur de leur propre pays (OIM, 2015). Les raisons poussant les individus à migrer sont diverses. Les personnes qui migrent pour des raisons professionnelles ou partent à la recherche d'une vie meilleure sont le plus souvent appelées « migrants économiques ». Les étudiants internationaux sont des migrants à la recherche de nouvelles possibilités de formation. Les migrants écologiques estiment quant à eux que leur environnement a été perturbé et est désormais invivable. Enfin, d'autres personnes migrent pour des raisons familiales, par exemple pour soigner un parent malade.

3. On définit habituellement les réfugiés comme des personnes forcées de migrer pour échapper à la guerre et aux mauvais traitements. La Convention de 1951 des Nations Unies relative au statut des réfugiés définit un réfugié comme une personne « qui, (...) craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou (...) ne veut y retourner » (HCR, 2010a).

4. Le statut de réfugié prend avant tout en compte les droits de l'Homme et la sécurité des personnes concernées, et non leur intérêt économique. Les réfugiés quittent leur foyer en laissant derrière eux la totalité, sinon l'essentiel, de leurs biens, de leurs proches et de leurs amis. Certains sont contraints à l'exil sans avoir eu la possibilité de s'y préparer ou presque, parfois après avoir subi de graves traumatismes, des actes de torture ou des mauvais traitements. Leur périple vers la sécurité n'est pas exempt de danger, y compris de mort, et ils n'ont souvent guère d'espoir réaliste de pouvoir un jour rentrer chez eux.

5. Cependant, les migrants autres que les réfugiés, avec ou sans papiers, doivent être inclus dans les considérations morales. Au cours de leur déplacement vers un pays d'accueil ou de leur séjour dans un tel pays, ils peuvent être confrontés à des situations soulevant des questions comparables à celles des personnes considérées comme des réfugiés, telles que les mauvais traitements infligés par un employeur ou un accès limité au système de soins de santé local. Bien que revêtant une grande importance sur le plan humanitaire, de nombreux problèmes concernant les migrants dépassent le champ d'application du présent rapport.

6. Les termes « migrant » et « réfugié » n'ont pas d'acceptions neutres et peuvent être utilisés par les États à des fins politiques. C'est la raison pour laquelle les États doivent,

conformément aux principes de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme (2005), veiller à ce que ces termes ne soient pas utilisés pour justifier des pratiques discriminatoires.

II. STATISTIQUES DE RÉFÉRENCE ET EXPOSÉ DE LA SITUATION

II.1. Importance numérique et localisation géographique des réfugiés

7. Au vu de la Déclaration universelle des droits de l'Homme (1948) et du Préambule de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme (2005), l'analyse de l'importance numérique et de la localisation géographique des réfugiés doit tenir compte de toutes les personnes et de tous les groupes en situation de déplacement forcé (à l'intérieur de leur propre pays – PDI – ou à l'étranger).

8. Il est difficile de connaître l'ampleur exacte de la situation des réfugiés. C'est pourquoi toutes les données statistiques sont tirées des rapports du HCR de 2015, l'organe officiel des Nations Unies sur ces questions. Le HCR estime à environ 60 millions le nombre des personnes déplacées de force dans le monde. Selon Amnesty internationale, près de 240 millions de personnes vivraient en dehors de leur pays de naissance et plus de 1,5 milliard de personnes (soit 20 % de la population mondiale) habiteraient dans des pays touchés par un conflit, parmi lesquelles 34,3 millions de personnes déplacées au sein de leur propre pays. La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme (UNESCO, 2005) envisage clairement le devoir envers les générations futures. Dès lors, les descendants de réfugiés sont eux aussi victimes des circonstances qui ont poussé leurs parents à chercher refuge dans un autre État ou une autre communauté. Par exemple, lorsque l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine (UNRWA) a commencé ses activités au Proche-Orient en 1950, il répondait aux besoins de quelque 750 000 réfugiés palestiniens. Aujourd'hui, près de cinq millions de réfugiés palestiniens sont en droit de bénéficier des services de l'UNRWA. (Sauf mention contraire, toutes les données mentionnées ci-après proviennent des rapports du HCR, 2015.)

9. Ces statistiques excluent les réfugiés rapatriés, c'est-à-dire les anciens réfugiés retournés dans leur pays d'origine de façon spontanée ou organisée, mais n'ayant pas encore été totalement intégrés. Compte tenu de leurs conditions de vie, ces personnes méritent d'être traitées dignement, en faisant preuve de solidarité et de coopération à leur égard.

10. La plupart des réfugiés se trouvent dans les pays en développement, principalement du Moyen-Orient et d'Afrique, déstabilisés récemment par l'émergence de conflits et de guerres. Plus de 3 millions de Syriens ont pu trouver refuge dans différents pays du Moyen-Orient (Jordanie, Liban et Turquie), et la Syrie abrite 6,5 millions de personnes déplacées. Par ailleurs, le nombre de réfugiés ou de personnes déplacées de nationalité irakienne s'élève à environ 1,8 million (HCR, 2015). Plus de 25 % de la population réfugiée mondiale vit en Afrique subsaharienne, soit 14,9 millions de personnes réfugiées et déplacées (PDI), principalement originaires de la République centrafricaine, de la République démocratique du Congo et du Soudan du Sud. Dans la région Asie-Pacifique, le HCR intervient auprès de 3,5 millions de réfugiés, de 1,9 million de personnes déplacées et de 1,4 million d'apatrides. En Asie, la plupart des réfugiés, dont les deux tiers vivent dans des camps, viennent d'Afghanistan et du Myanmar.

11. Ces dernières années, l'Union européenne (UE) a connu un afflux massif de réfugiés en provenance du Moyen-Orient et de l'Afrique, une situation qualifiée de « crise des réfugiés ». Selon un rapport d'Eurostat, près d'un million de migrants et de réfugiés ont franchi les frontières de l'UE au cours de la seule année 2015. D'après les estimations du Bureau européen d'appui en matière d'asile (BEAA), près de 600 000 personnes avaient déposé une demande d'asile dans l'UE entre les mois de janvier et de juin 2015, auxquelles se sont ajoutées 106 490 demandes en février 2016. Le rapport 2015 d'Eurostat sur les mouvements de population estime que le nombre de demandeurs d'asile est monté en flèche pour atteindre

626 000 en 2015 à la suite des conflits syriens ; ces chiffres n'englobent ni les personnes entrées illégalement dans l'UE ni les migrants et réfugiés sans papiers.

12. Généralement, les réfugiés présentent un large éventail de milieux sociaux et professionnels. Il peut s'agir d'hommes, de femmes, de personnes âgées et d'enfants, éventuellement non accompagnés. Par exemple, en Amérique centrale, de nombreux enfants, adolescents et femmes non accompagnés sont en butte aux organisations criminelles transnationales. Avec la guerre au Moyen-Orient, on estime que le nombre de mineurs non accompagnés entrant dans l'UE est passé de 2 000, en janvier 2015, à 16 000, en novembre de la même année.

13. La plupart des réfugiés se retrouvent dans des camps, en particulier dans les cas de déplacements massifs. Bien que cette situation soit censée être temporaire, avec la possibilité pour les réfugiés de s'intégrer pleinement à la vie socio-économique du pays d'accueil ou de retourner dans leur pays d'origine lorsque les circonstances s'améliorent, de nombreux réfugiés vivent en réalité dans des camps pendant plusieurs décennies. Ce phénomène, dont le camp kenyan de Dabaad est un parfait exemple, a donné naissance au concept de « réfugiés oubliés ». Cependant, toute tentative de fermeture des grands camps « oubliés » et de rapatriement soudain des réfugiés constituerait une mesure discriminatoire si la situation dans le pays d'origine n'a pas encore été rétablie et si la sécurité des réfugiés n'est pas garantie.

II.2. Causes de la situation des réfugiés

14. Les causes des déplacements forcés sont les fruits d'un ensemble complexe et interactif de facteurs liés au système mondial, largement comparables aux interactions entre les facteurs déterminants de la santé. Dans ce contexte, le trafic d'armes et les conflits, les grandes disparités économiques et la pauvreté, le changement climatique et la faim constituent certaines des principales causes des déplacements forcés dans le monde.

15. Dans de nombreux pays en développement, l'instabilité politique qui fait fréquemment suite à la contestation de résultats électoraux a également contribué aux déplacements. Le flux de réfugiés et de personnes déplacées, dû aux persécutions, à l'insécurité et aux conflits, est souvent exacerbé par le manque d'accès aux services et aux moyens de subsistance. Il convient de noter que l'insécurité est une réalité multidimensionnelle qui se réfère certainement à la présence de violence physique et psychologique mettant en danger les personnes confrontées à cette situation. Mais l'insécurité englobe aussi le manque de nourriture saine et d'eau potable. Ce sont ces conditions qui empêchent les personnes pauvres de répondre à leurs besoins de survie de base. L'insécurité économique causée par le chômage, l'accès limité au logement et à l'éducation peut aussi motiver leurs décisions.

16. Les minorités font également l'objet de discriminations, de xénophobie, de répression et de préjugés, et souffrent d'un accès limité aux systèmes de justice officiels et d'un sentiment d'insécurité à cause de conflits ethniques et religieux. De telles persécutions incitent les individus à fuir leur foyer et leur pays en quête de sécurité.

17. La pauvreté est à la fois une cause et une conséquence de la situation des réfugiés. Plus de 2,2 milliards d'individus (soit plus de 15 % de la population mondiale) souffrent de pauvreté multidimensionnelle ou en sont proches, malgré une récente amélioration. La plupart d'entre eux vivent en Afrique subsaharienne (PNUD, 2015). Les rapports indiquent que près de 80 % de la population mondiale ne bénéficient pas d'une protection sociale intégrale (Banque mondiale, 2015). Cette situation affecte l'accès aux soins de santé des populations locales et les efforts des États visant à satisfaire aux besoins sanitaires des réfugiés.

II.3. Conséquences du mouvement des réfugiés dans le monde moderne

18. La présence de réfugiés n'est pas un phénomène nouveau. Cependant, son ampleur et sa complexité ont accru son caractère urgent aggravé par une crise économique et l'adoption de mesures d'exclusion par les soi-disant pays d'accueil. Dans ce contexte, les

conséquences escomptées et imprévues de la situation des réfugiés en matière de santé et d'accès aux soins peuvent être étudiées sous plusieurs angles différents, en se plaçant tantôt du côté des réfugiés eux-mêmes, tantôt du côté des pays d'accueil, d'origine ou de transit.

II.3.1. Conséquences pour les réfugiés

19. La vulnérabilité accrue des réfugiés constitue l'une des principales conséquences de leur situation de réfugiés. Les déplacements rendent souvent les individus plus vulnérables, parce qu'ils sont arrachés à leur pays d'origine et aux structures de solidarité relativement protectrices qu'ils connaissent. De nombreux réfugiés sont victimes de la traite des êtres humains et d'autres formes d'exploitation. Cela est particulièrement vraie pour les femmes, les enfants et les personnes âgées.

20. Dans les camps surpeuplés établis de longue date, il existe souvent, entre autres problèmes, des difficultés en matière de distribution de nourriture et d'eau, de satisfaction des besoins de base et d'un accès à des services de santé et d'éducation de qualité. Leurs habitants sont par ailleurs souvent traités comme des criminels (HCR, 2015). Ces problèmes contribuent également à la propagation de maladies infectieuses, gastro-intestinales et respiratoires, au trafic d'êtres humains et à leur exploitation. Lors de la fermeture des camps, leurs habitants risquent d'être discriminés, stigmatisés et détenus, ce qui peut leur fermer les portes de la protection internationale et des services de santé.

21. S'agissant de l'accès à la santé, les réfugiés se heurtent principalement à un problème d'intégration au système de santé du pays d'accueil. La situation varie d'un pays à l'autre : il arrive que les systèmes de santé soient au moins partiellement privatisés, ce qui représente une charge importante pour les organisations qui viennent en aide aux réfugiés et limite leur action.

22. Le débat concernant le niveau acceptable de soins devant être prodigué aux réfugiés en transit fait encore rage.

23. La difficulté d'assurer le suivi des réfugiés et, dans certains cas, le manque de sensibilisation du personnel de santé aux questions culturelles constituent deux causes majeures de l'absence de dépistage, de prise en charge et de suivi des maladies et de vaccination, augmentant ainsi les risques de mortalité et de non-observance des traitements. Ces problèmes sont accrus pour les personnes déplacées qui ne sont pas logées dans des camps ou qui sont en transit.

24. Les réfugiés qui ont été ou sont victimes de violence, de destructions massives, de persécutions ou de harcèlement sexuel souffrent souvent de traumatismes psychologiques et peuvent également être sujets à une dépression causée par l'exil, et la perte de leurs amis et de leur famille. Au cours de leur transit et lors de leur arrivée dans le pays d'accueil, ils risquent d'être exposés à la xénophobie, à la discrimination et au racisme, ainsi qu'à l'insécurité et à la violence physique.

25. Les réfugiés peuvent perdre tout espoir de pouvoir retourner un jour dans leur pays d'origine, et craindre pour l'avenir de leurs enfants et de leur famille. Les personnes âgées ou gravement malades peuvent être confrontées non seulement à la peur de mourir en terre étrangère, mais aussi à la perspective de ne pas être enterrées selon les rites funéraires traditionnels qui leur sont dus.

26. De nombreux mineurs non accompagnés éprouvent un sentiment de solitude, d'insécurité et de peur lors des déplacements ou au sein des camps. L'accès à la protection sociale et à l'éducation formelle peut aussi être restreint pendant plusieurs années, ce qui peut favoriser le trafic d'enfants et la prostitution des enfants.

27. Les femmes réfugiées peuvent subir la prostitution, l'exploitation et la violence sexuelle, et ce durant de longues périodes, avec des conséquences physiques et psychologiques qui créent un besoin de mesures spécifiques (par exemple des services d'assistance liés aux possibles grossesses et au traitement de traumatismes psychologiques).

II.3.2. Conséquences pour les pays d'origine

28. Les pays d'origine pâtissent également de la situation des réfugiés, avec entre autres conséquences la perte de capital humain et des dysfonctionnements dans le secteur de la santé publique qui font obstacle au dépistage des maladies et à la fourniture de soins de santé appropriés à ceux qui en ont le plus besoin.

II.3.3. Conséquences pour les pays de transit

29. Dans de nombreux cas, les réfugiés qui partent à la recherche d'un lieu sûr doivent traverser plusieurs pays avant de parvenir à leur destination finale. Bien que les conventions et les instruments internationaux concernent avant tout les droits des réfugiés dans le pays où ils tentent finalement de s'établir, le voyage des réfugiés depuis leur pays d'origine jusqu'à leur pays de destination est souvent périlleux.

30. Il est important de tenir compte des besoins des réfugiés en transit au-delà des soins d'urgence, et d'adopter les mesures de protection nécessaires en matière de santé, et de subvenir à leurs besoins de subsistance et de sécurité. Les États membres doivent donc considérer et assumer les responsabilités qui leur incombent vis-à-vis des réfugiés qui traversent leur territoire, notamment en garantissant leur sécurité personnelle et en leur fournissant de la nourriture, de l'eau, des soins et toute autre forme d'assistance, même si cela impose une charge à leurs ressources et à leur main-d'œuvre. Ce n'est pas parce qu'ils n'ont pas encore atteint leur destination finale que les réfugiés en transit peuvent être privés de leurs droits fondamentaux.

II.3.4. Conséquences pour les pays d'accueil

31. Selon un rapport de la Banque mondiale (2010), « l'impact des réfugiés sur le pays d'accueil n'est pas nécessairement négatif, et les réfugiés peuvent contribuer utilement à la société d'accueil et créer des opportunités à la fois pour les personnes déplacées et pour leurs hôtes ».

32. Cependant, les populations d'accueil peuvent déjà être confrontées à des problèmes d'insécurité sociale et de pauvreté, ainsi qu'à une réduction du nombre de programmes sociaux et sanitaires dus à l'adoption de mesures d'austérité. Dans ces conditions, l'arrivée de réfugiés en grand nombre pourrait exacerber ces problèmes. Cela peut encourager la xénophobie, la discrimination et le racisme, créant un cercle vicieux qui nuit à la démocratie et complique l'installation des réfugiés.

33. Si l'obligation de fournir des soins d'urgence fait l'unanimité, il existe des lacunes manifestes en ce qui concerne les prestations de soins pour le traitement des maladies exigeant des soins de longue durée, telles que le cancer, le VIH/SIDA et la toxicomanie, même si cela impose une charge aux ressources et à la main-d'œuvre. Dans bien des cas, les réfugiés n'ont pas accès à ce type de traitements, ce qui restreint considérablement leur droit à la santé et soulève d'importantes questions éthiques.

34. Les mouvements massifs de réfugiés peuvent également conduire à l'épuisement des médecins, du personnel infirmier et d'autres professionnels de santé directement chargés de fournir des services de santé. Il convient donc d'apporter un soutien à ces praticiens, qui doivent veiller à ce que les réfugiés bénéficient de soins adaptés et professionnels dans des conditions difficiles.

III. SERVICES DE SANTÉ AUX RÉFUGIÉS ET INSTRUMENTS INTERNATIONAUX APPLICABLES

35. L'article 23 de la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés, telle qu'amendée par le protocole de 1967, impose aux États qui accueillent des réfugiés résidant régulièrement sur leur territoire de leur accorder « le même traitement en matière d'assistance et de secours publics qu'à leurs nationaux », même s'ils ne satisfont pas aux conditions de résidence locale ou d'affiliations pouvant être exigées des citoyens dudit pays (HCR, 2010a). Cet article doit

être interprété au sens large, et englobe l'assistance et les secours publics apportés aux personnes dans le besoin « en raison d'une invalidité, d'une maladie ou de leur âge », ce qui comprend les traitements hospitaliers et d'urgence (HCR, 2010a). Ainsi, conformément à la Convention de 1951, les réfugiés bénéficient du même droit à l'assistance médicale que les ressortissants de leur pays d'accueil.

36. Si la Convention de 1951 constitue le principal document de référence concernant le traitement des réfugiés, d'autres instruments internationaux et régionaux des droits de l'Homme régissent la question des soins de santé pour cette population. Les pays n'ayant pas ratifié la Convention de 1951 ont tout de même l'obligation légale de fournir des soins de santé aux réfugiés, étant donné que le cadre relatif aux droits de l'Homme s'applique à tous les êtres humains sans distinction.

37. L'un des premiers documents normatifs à reconnaître le statut de droit fondamental de la santé a été la Constitution de l'OMS de 1946, qui dispose que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». Cette déclaration de l'OMS contient deux affirmations sous-jacentes, à savoir que : (1) la santé est un droit fondamental, et (2) l'état de santé d'un individu devrait être le « meilleur (...) qu'il est capable d'atteindre ».

38. Le caractère universel du droit à la santé a par la suite été réaffirmé par la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948, qui affirme que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour (...) les soins médicaux » (ONU, 1948 ; article 25[1]). De plus, les États parties à la Convention internationale de 1965 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale ont l'obligation de « garantir le droit de chacun à l'égalité devant la loi sans distinction (...) d'origine nationale ou ethnique, notamment dans la jouissance (...) [du] droit à la santé [et] aux soins médicaux » (ONU, 1965 ; article 5[e][iv]). De même, selon la Déclaration sur les droits de l'Homme des personnes qui ne possèdent pas la nationalité du pays dans lequel elles vivent (1985), les réfugiés ont un droit fondamental « à la protection sanitaire [et] aux soins médicaux ... sous réserve qu'ils remplissent les conditions requises au titre des réglementations pertinentes pour y participer et qu'il n'en résulte pas une charge excessive pour les ressources de l'État » (ONU, 1985 ; article 8[c]). La Convention relative au statut des apatrides (1954) stipule que les États signataires « accorderont aux apatrides résidant régulièrement sur leur territoire le même traitement en matière d'assistance et de secours publics qu'à leurs nationaux » (ONU, 1954 ; article 23).

39. Les femmes, les enfants et les personnes handicapées bénéficient d'une protection particulière dans le cadre international relatif aux droits de l'Homme. S'agissant de la santé, l'article 12 de la Convention de 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) appelle les États parties à prendre « toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux (...) » (ONU, 1979 ; article 12). Les États parties doivent notamment « [fournir] aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits (...) » (ONU, 1979 ; article 12). En ce qui concerne les enfants, les États parties à la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) de 1989 sont tenus de protéger le droit de chaque enfant de bénéficier de services médicaux et de rééducation (article 24). Les États parties doivent prendre les mesures appropriées pour « (b) [a]ssurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires ; (...) (d) [a]ssurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés ; (...) [et] (f) [d]évelopper les soins de santé préventifs (...) » (ONU, 1989 ; article 24). Le droit des personnes handicapées à la santé est reconnu dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) (2006). L'article 25 du CDPH fait appel aux États parties pour qu'ils « prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de

santé qui prennent en compte les sexospécificités, y compris des services de réadaptation » (ONU, 2006). La CEDAW, la CDE et la CDPH s'appliquant à toutes les femmes, à tous les enfants et à toutes les personnes handicapées, elles confèrent des droits importants en matière de santé aux femmes et aux enfants réfugiés, aussi bien qu'aux réfugiés handicapés.

40. Le droit à la santé est aussi protégé par des instruments régionaux des droits de l'Homme, comme l'article 16 de la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples (CADHP) de 1981, l'article 10 du Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'Homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels de 1988 (le « Protocole de San Salvador ») ou encore l'article 28 de la Déclaration des droits humains de l'ASEAN de 2012. Au sein de l'UE, « [t]oute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales » (article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne de 2000). L'accès équitable à des soins de santé « de qualité appropriée » représente lui aussi une obligation des États parties, conformément à l'article 3 de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine du Conseil de l'Europe de 1997. Dans l'Union africaine, l'article 14 du protocole de 2003 à la CADHP relatif aux droits de la femme en Afrique protège la santé et les droits reproductifs des femmes. Les États parties sont tenus « [d']assurer[r] le respect et la promotion des droits de la femme à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive », et notamment « [d']assurer l'accès (...) aux services de santé adéquats, à des coûts abordables et à des distances raisonnables » (article 2[a]) et de « fournir aux femmes des services pré et postnatals et nutritionnels pendant la grossesse et la période d'allaitement et améliorer les services existants » (article 2[b]) (UA, 2003). Ce protocole évoque également les droits des femmes relativement à ceux des hommes et fournit une protection particulière aux femmes en détresse, handicapées ou enceintes, qu'il lie à l'intégrité et à la justice sur le plan éthique.

41. Dans le cadre de la Charte sociale européenne (CSE) de 1961, révisée en 1996 (STCE n° 163), les individus jouissent d'un droit à la protection de la santé (article 11) et d'un droit à l'assistance sociale et médicale (article 13). Les obligations spécifiques sont détaillées dans l'annexe. La Charte protège aussi l'accès équitable aux soins de santé, exigeant des États parties qu'ils appliquent les dispositions (de l'article 13) « sur un pied d'égalité avec leurs nationaux, aux ressortissants des autres Parties contractantes se trouvant légalement sur leur territoire », conformément à la Convention européenne d'assistance sociale et médicale de 1953. Les dispositions pertinentes des instruments régionaux relatifs aux droits de l'Homme qui protègent le droit à la santé sont reproduits en annexe.

42. Étant donné que toute personne bénéficie du droit au « meilleur état de santé susceptible d'être atteint », chacun devrait avoir accès à des soins de la plus haute qualité. Ce droit a été réaffirmé par la Commission des droits de l'Homme (dans sa résolution 1989/11), puis précisé dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) de 1966, qui reconnaît dans son article 12 « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre » (ONU, 1966). En lien avec le contexte sanitaire des réfugiés, le Pacte exige de chaque État partie qu'il prenne les mesures nécessaires pour assurer :

- a. la diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ;
- b. la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ;
- c. la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

43. Le concept de meilleur état de santé « susceptible d'être atteint » est repris par la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme (UNESCO, 2005 ; article 14[2]), la CSE, la CDE, la CDPH, le Protocole de San Salvador, la CADHP et la Déclaration des droits de l'Homme de l'ASEAN. Le PIDESC mérite d'être mentionné pour sa description

détaillée de l'éventail de services de santé que les États parties ont l'obligation d'apporter, à savoir (à part les traitements médicaux aigus) : les services de soins primaires et secondaires, les soins préventifs, et, ce qui est particulièrement important pour le bien-être des réfugiés, les soins de santé mentale. La toute récente Déclaration des droits de l'Homme de l'ASEAN a placé la barre plus haut en y ajoutant la santé reproductive et en affirmant dans son article 29 que toute personne avait le droit « à des services de soins de santé élémentaires et abordables, et à l'accès aux établissements de santé » (ASEAN, 2012).

44. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU (CDESC) a donné une interprétation détaillée du contenu normatif du « droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint » (CDESC, 2000). Pour lui, le droit à la santé se compose de libertés, telles que « le droit de l'être humain de contrôler sa propre santé et son propre corps (...) et le droit à l'intégrité » ; et d'autres droits tels que « le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible ». En particulier, le CDESC explique que « [l]a notion de "meilleur état de santé susceptible d'être atteint" (...) repose à la fois sur la situation biologique et socio-économique de chaque individu au départ et sur les ressources dont dispose l'État », et souligne que « la bonne santé ne peut être garantie par un État et [que] les États ne peuvent pas davantage assurer une protection contre toutes les causes possibles de mauvaise santé de l'être humain » (paragraphe 9). Ainsi, le droit à la santé ne se définit pas comme le droit d'être en bonne santé, mais comme « le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint » (paragraphe 9). Le CDESC interprète aussi le droit à la santé « comme un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement (...) » (paragraphe 11).

45. Les réfugiés peuvent se prévaloir de divers instruments internationaux et régionaux des droits de l'Homme pour faire valoir leur droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, et ont droit à des soins de santé de qualité égale à ceux dont bénéficient les ressortissants de leur pays d'accueil. Le droit à la santé comprend aussi bien la santé physique que la santé mentale. C'est pourquoi les États ont le devoir de fournir non seulement des services de santé, mais aussi des services de base contribuant au bien-être global des réfugiés, et notamment des personnes en situation de vulnérabilité telles que les femmes, les personnes âgées, les personnes handicapées et les enfants.

IV. QUELLES SONT LES IMPLICATIONS DU DROIT AUX SOINS DE SANTÉ DANS LE CONTEXTE DES RÉFUGIÉS ?

46. Le droit à la santé — ou, comme précisé dans le présent document, aux soins de santé — a généralement été considéré comme un droit social éventuel et non comme un droit naturel de l'être humain. Or, du point de vue des principes démocratiques tels que la justice, l'égalité, l'équité et l'État de droit, cette approche ne va pas assez loin, voire contredit l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, selon lequel : « 1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre » (ONU, 1966). De même, le préambule de la Constitution de l'OMS déclare que : « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain (...) » (OMS, 1948). Lorsqu'il est compris comme un droit social éventuel accordé par les États, le droit aux soins de santé est interprété et exécuté par les pouvoirs législatifs et exécutifs, et non principalement par les tribunaux. Même lorsqu'il est considéré comme un droit naturel de l'être humain, l'action des tribunaux peut rester limitée, car ils ne sont pas compétents pour déterminer les dépenses publiques. Dans tous les cas, il convient de mettre en place des règles juridiques pour assurer le contrôle judiciaire des décisions

concernant le droit à la santé. Laisser ce droit au seul bon vouloir des pouvoirs législatifs et exécutifs n'est pas compatible avec sa nature de droit fondamental, qu'on le comprenne comme un droit social ou humain.

47. La concrétisation du droit aux soins de santé suppose de trouver un équilibre entre les différents facteurs tout en tenant compte des contraintes pratiques liées aux ressources et capacités d'un pays donné, comme le suggère l'Association médicale mondiale (AMM, 2006). Cela ne veut pas dire qu'il faille reléguer le droit à la santé au simple statut d'objectif fixé dans le cadre d'un programme à long terme (HCDH et OMS, 2008). Par conséquent, « aucun État ne peut justifier un manquement à ses obligations par une insuffisance de ressources » (HCDH et OMS, 2008). Donc, les services de santé fondés sur les droits de l'Homme doivent être non discriminatoires, disponibles, accessibles, respectueux, adaptés aux spécificités culturelles et attentifs aux impératifs liés au genre et au cycle de la vie.

48. Les droits à la vie, à l'intégrité personnelle et aux soins de santé sont étroitement liés, dans la mesure où l'application du dernier a une incidence directe sur les deux premiers. Le droit aux soins de santé en tant que droit naturel de l'être humain doit par conséquent être garanti afin de protéger la vie et l'intégrité personnelle. Du fait des nombreuses variables échappant à son contrôle, l'État n'a pas le devoir de garantir la vie ou l'intégrité personnelle, mais il a en revanche le devoir de fournir des soins de santé aux individus afin de les aider à lutter contre des maladies pouvant mettre en péril leur intégrité personnelle et leur qualité de vie. En ce sens, il existe aussi un lien entre le droit aux soins de santé et l'État de droit.

49. La concrétisation et l'amélioration des processus démocratiques représentent des principes clés auxquels aspirent les êtres humains. Selon l'article 29 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme : « dans l'exercice de ses droits et dans la jouissance de ses libertés, chacun n'est soumis qu'aux limitations établies par la loi exclusivement en vue de s'assurer la reconnaissance et le respect des droits et libertés d'autrui et afin de satisfaire aux justes exigences de la morale, de l'ordre public et du bien-être général dans une société démocratique » (ONU, 1948). Si la démocratie se définit en fonction de la participation de ses membres, alors les citoyens d'une démocratie doivent jouir d'un niveau de bien-être intellectuel et physique leur permettant de prendre une part significative aux délibérations et à la prise de décision démocratiques. Assurer leur santé est donc essentiel pour permettre la participation politique indispensable à toute démocratie.

50. La notion de contenu minimum ou de noyau de services de santé ne résout pas le problème posé par la nécessité de garantir le droit à la santé. L'expression « meilleur état de santé susceptible d'être atteint » figurant dans la quasi-totalité des traités et pactes internationaux n'autorise pas les États à limiter l'accès de certains groupes, comme les réfugiés, aux soins de santé. Les différences entre les États sont acceptables compte tenu des situations économiques de chacun, mais non la différenciation entre les personnes présentes sur leur territoire. Le droit de chacun au meilleur état de santé susceptible d'être atteint doit être reconnu, et ce quel que soit son statut, citoyen ou réfugié.

51. Les réfugiés et les personnes déplacées (PDI) ne peuvent être classés dans un groupe unique, en raison du caractère hétérogène de leurs ressources personnelles, telles que le niveau d'études ou l'état de santé, et parfois la richesse matérielle. Néanmoins, ils souffrent tous de problèmes similaires : les pertes occasionnées par le déplacement, la difficulté d'adaptation à un nouvel environnement et à de nouvelles coutumes et les séquelles physiques et psychologiques de blessures de guerre et de persécutions. Ces besoins spéciaux exigent des services de santé adaptés, dont la disponibilité varie selon le pays d'accueil. Dans les cas où les États sont dans l'incapacité de fournir des soins appropriés à ces populations parce qu'ils ne sont déjà pas à même de les offrir à leur propre population, les Nations Unies ont clairement pour mission, par l'intermédiaire de leurs programmes et agences spécialisés, d'apporter leur soutien à la concrétisation des droits des réfugiés.

52. La mise en place d'infrastructures sanitaires exclusivement destinées aux réfugiés ou aux personnes déplacées lorsque la population locale n'y a pas elle-même accès peut devenir

une cause d'exclusion de ces groupes. C'est pourquoi ces infrastructures devraient être ouvertes également à la population locale. Cela permettra de faire d'une pierre deux coups, en facilitant également l'intégration des nouveaux arrivants au sein des communautés locales.

53. En outre, il conviendrait de ne pas différencier les mécanismes de financement des soins de santé destinés aux réfugiés (et aux PDI) de ceux destinés à la population locale : idéalement, il devrait s'agir soit de systèmes de santé universels financés par les impôts généraux, soit de régimes de sécurité sociale prévoyant une aide financière pour les chômeurs et leur famille. Le caractère interculturel de la bioéthique souligne la nécessité d'élargir notre vision et de dépasser les limites politiques et culturelles, afin de garantir à chacun l'accès aux soins de santé, quelle que soit son identification culturelle et son statut juridique. L'objectif poursuivi ne peut être qu'un objectif interculturel commun : garantir l'équité en matière de santé à l'échelle mondiale. La santé est essentielle à la vie et doit à ce titre être considérée comme un bien social et humain. Elle ne devrait pas être une condition à l'origine de la marginalisation ou de l'exclusion de certaines personnes, quelles qu'en soient les raisons d'être. De ce point de vue, l'accès aux ressources de santé ne doit pas dépendre du marché libre ou du calcul de la productivité sociale, mais être garanti pour tous en vue de l'instauration d'une justice interculturelle et mondiale.

V. ENJEUX ÉTHIQUES¹

V.1. Prise de décisions

54. En principe, les mêmes normes éthiques en matière de décision médicale s'appliquent aux migrants et aux réfugiés, de même qu'à toute autre personne bénéficiant de soins de santé. Cependant, compte tenu des circonstances extrêmes dans lesquelles se trouvent les réfugiés, d'autres critères sont fréquemment appliqués, comme le principe de l'intérêt supérieur de la personne concernée lorsque les choix du patient ne sont pas connus, en particulier si les personnes concernées voyagent sans parents ou amis proches et se trouvent dans l'incapacité de communiquer avec le personnel de santé.

55. Le principe du respect de l'autonomie est un présupposé de la littérature bioéthique sur la prise de décisions médicales : les personnes dotées d'une capacité décisionnelle sont des agents moraux qui ont le droit de décider de leur traitement médical. Lors du processus décisionnel, comprendre les informations fournies est essentiel et peut poser problème lorsque le patient et les prestataires de services de santé parlent une langue différente et ont d'autres valeurs culturelles, de même lors de la prise de décisions en soi, comme il sera élaboré dans le paragraphe 87. Dans ce contexte, il devient fondamental de faire appel à un interprète professionnel faisant partie intégrante de l'équipe soignante. Ce professionnel peut également agir comme médiateur de santé fournissant à l'équipe soignante des précisions sur les valeurs culturelles du patient, et vice-versa.

56. Mais qu'en est-il des personnes qui n'ont pas la capacité de prendre des décisions ? Comment prendre des décisions les concernant, et à qui cette responsabilité échoit-elle ? Dans le cas des réfugiés manquant de capacité décisionnelle qui tombent malades au cours de leur voyage, la question est encore plus épineuse. La question de la prise de décision chez les personnes incapables de décider pour elles-mêmes est au cœur de la bioéthique clinique.

57. En général, lorsque la décision est prise par un tiers, l'idéal est de se rapprocher de la décision qu'aurait prise le patient s'il en avait eu la capacité. Les documents ou déclarations anticipées établis par écrit par la personne concernée et indiquant ses valeurs et ses choix constituent le premier point de référence et doivent être respectés. Bien que ces déclarations écrites ou orales ne correspondent pas nécessairement parfaitement à la situation, tout doit être mis en œuvre pour qu'elles soient appliquées de la façon la plus vraisemblable. En réalité,

¹ Thèmes agencés selon l'ordre dans lequel ils apparaissent dans la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme (2005)

les documents précisant de façon anticipée les valeurs et les choix dans le domaine médical sont déjà très rares dans le cas des patients vivant dans de bonnes conditions ; or, les circonstances propres aux réfugiés rendent généralement impossible tout accès aux dossiers médicaux, y compris aux directives médicales anticipées. Or, l'éthique médicale ne tolère pas d'exception pour les réfugiés ; leur autonomie doit être respectée dans la mesure du possible et compte tenu des conditions difficiles dans lesquelles doivent exercer les personnels soignants.

58. En vertu de l'éthique médicale moderne, en l'absence de directive anticipée, un plan d'action doit être défini à partir de ce que l'on sait des valeurs des patients, et notamment de leur appartenance religieuse et culturelle. Si le patient n'a pas désigné à l'avance de personne habilitée à prendre des décisions à sa place, son conjoint, son compagnon, un parent, un frère/une sœur adulte ou un ami proche seront les mieux placés pour faire connaître ses valeurs et ses préférences. En l'absence de telles informations, y compris dans le cas des adultes qui n'ont jamais acquis de capacité décisionnelle, en raison par exemple de déficiences cognitives graves, la personne habilitée prendra les décisions sur la base de l'intérêt supérieur du patient. Dans certaines circonstances, les autorités légales pourront désigner un tuteur. Il est préférable que la responsabilité n'échoie pas au médecin afin de ne pas créer de confusion entre le rôle de soignant et celui de mandataire des volontés supposées par le patient.

59. Les parents ou les tuteurs dûment habilités prennent les décisions à la place des enfants, à moins que ceux-ci aient la capacité de participer au processus décisionnel. Ils devront dans ce dernier cas être parties prenantes de la décision et donner leur assentiment. Dans le cas des adultes qui n'ont jamais acquis cette capacité, en raison par exemple de déficiences cognitives graves, une personne habilitée prendra les décisions sur la base de ce qu'elle estimera être dans l'intérêt supérieur du patient. Trop souvent, des enfants ou des adultes dépourvus de capacités décisionnelles voyagent seuls en qualité de réfugiés. Il faut veiller à ce qu'ils bénéficient de l'aide d'une personne sensible à leur situation, qui sera habilitée à prendre à leur place des décisions qui tiennent compte de leur vulnérabilité particulière.

60. Les personnes présentant un handicap intellectuel sont souvent confrontées à plusieurs difficultés susceptibles de nuire à leur capacité décisionnelle en matière de traitements médicaux. Elles peuvent être exclues des processus décisionnels en raison d'idées fausses sur leur capacité de comprendre les problèmes ou les conséquences des traitements alternatifs, ou parce que d'autres croient savoir ce qui est mieux pour elles. Il existe une idée fausse très répandue selon laquelle les individus atteints de déficiences intellectuelles sont dépourvus de la capacité de prendre leurs propres décisions en matière de soins de santé ou de participer à toute prise de décision médicale. Pourtant, beaucoup d'entre eux possèdent une capacité cognitive suffisante pour pouvoir prendre part à une partie du processus décisionnel. Tout au moins, leurs préférences ou intérêts devraient être entendus. Ces personnes pourraient être capables de prendre leurs propres décisions en matière de soins de santé si elles recevaient une assistance appropriée. Seul un faible pourcentage de personnes atteintes de déficiences intellectuelles le sont de manière grave ou en sont profondément affectées. Dès lors, elles devraient être incluses dans le processus décisionnel, dans la mesure permise par leur capacité, dans le plein respect de leur dignité inhérente et de leur autonomie personnelle, y compris la liberté de faire leurs propres choix. Cette assistance pourrait notamment consister en l'accès à des aides à la communication ou à des traducteurs, des informations en différents formats et des délais plus longs ou des environnements différents pour prendre des décisions. Certaines personnes peuvent nécessiter une assistance plus spécifique, notamment avoir besoin qu'on leur rappelle leurs décisions précédentes et qu'on leur donne plus d'explications sur les conséquences de leurs décisions.

V.2. Vulnérabilité

61. Le terme « vulnérabilité » présente de très nombreuses nuances selon les domaines ou les sujets auxquels il s'applique. Malgré ces nuances, on en revient toujours à l'origine étymologique du terme qui lie la vulnérabilité à la condition de celui qui est particulièrement susceptible aux blessures ou dont l'autonomie pour prendre des décisions est limitée. La vulnérabilité ne devrait pas devenir une excuse pour ne pas respecter pleinement l'autonomie. Au contraire, c'est un élément qui peut aider à contextualiser et à soigneusement évaluer la décision prise par l'intéressé(e). Les protections contre la vulnérabilité devraient permettre de résoudre les situations dans lesquelles il existe une incertitude quant au caractère autonome ou non d'une décision.

62. Réalisé dans le but de définir des principes éthiques pour orienter la recherche impliquant des êtres humains, le rapport Belmont (É.-U., 1978) est le premier document qui associe vulnérabilité et autonomie. Ce texte a exercé une très forte influence sur le concept de vulnérabilité adopté ultérieurement par le secteur de la bioéthique dans diverses régions du monde. Bien que le concept fasse partie des sujets que le rapport qualifie de « circonstance particulière de l'injustice », une analyse plus attentive dévoile des liens très étroits entre la vulnérabilité et le principe du respect de l'autonomie. C'est notamment le cas en ce qui concerne certains groupes vulnérables, comme les enfants, les prisonniers et ceux qui sont placés dans des établissements en raison d'un handicap mental. Il conviendrait d'ajouter les réfugiés à cette liste.

63. La vulnérabilité, comme expliquée dans le rapport du CIB sur le Principe du respect de la vulnérabilité humaine et de l'intégrité personnelle de 2011, englobe également la nécessité d'éviter différentes formes d'exclusion qui empêchent certains groupes de population de participer à des événements ou de bénéficier d'avantages relevant du processus mondial de développement. Dans le domaine de l'éthique, dans le cadre de la recherche sur les êtres humains, l'adjectif « vulnérable » peut également signifier « l'aspect plus faible d'un sujet ou d'une question » ou « le point par lequel une personne peut être attaquée, maltraitée ou blessée », ce qui place le terme dans un contexte de fragilité, de manque de protection, de discrédit et même d'impuissance ou de renonciation, ce qui peut aussi être qualifié de « vulnérabilité sociale ».

64. L'article 8 de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme dispose que « [d]ans l'application et l'avancement des connaissances scientifiques, de la pratique médicale et des technologies qui leur sont associées, la vulnérabilité humaine devrait être prise en compte. Les individus et les groupes particulièrement vulnérables devraient être protégés et l'intégrité personnelle des individus concernés devrait être respectée » (UNESCO, 2005). La vulnérabilité a donc une dimension descriptive, qui souligne la nécessité de tenir compte de la vulnérabilité humaine dans l'application des connaissances, et une dimension prescriptive, qui comprend l'obligation de protéger les individus et les groupes particulièrement vulnérables. Parce qu'il établit un lien entre l'universel et le particulier, l'article 8 est parfaitement adapté pour servir de fil conducteur dans les conflits et les analyses portant sur la vulnérabilité. La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme comprend par ailleurs d'autres valeurs et principes essentiels afin de faire face aux conflits liés à la mondialisation : l'égalité, la justice et l'équité, la non-discrimination et la non-stigmatisation, la solidarité et la responsabilité sociale.

65. En raison du caractère volontairement général de l'article 8 de la Déclaration, il faut l'entendre en tenant compte non seulement de ses aspects universels et éventuels, mais aussi, et surtout, de sa fonction pratique permettant de déceler et de surmonter les processus entraînant des conséquences importantes pour une grande diversité d'individus et de groupes vulnérables partout dans le monde. Ce n'est qu'en reliant de manière ininterrompue les différentes approches régionales de la bioéthique que l'on pourra fournir une orientation légitime afin de consolider le principe de vulnérabilité, étant donné que, quel que soit le degré de mondialisation des conflits, ils se produisent toujours en des lieux et à des moments bien

déterminés. C'est la raison pour laquelle les gouvernements doivent fournir des soins médicaux de qualité aux personnes victimes de discrimination à cause de leur statut de réfugiés.

66. Des inquiétudes ont été soulevées concernant le risque que les réfugiés, l'un des groupes les plus vulnérables, soient exploités dans le cadre d'un trafic d'organes et deviennent malgré eux des donneurs d'organes. Comme l'indique le rapport du CIB sur le principe de non-discrimination et de non-stigmatisation (UNESCO, 2014), « les populations vulnérables telles que les individus analphabètes et pauvres, les immigrants sans-papiers, les prisonniers et les réfugiés politiques ou économiques des pays pauvres sont aujourd'hui une source d'organes dans certaines régions du monde. » Des mesures de protection doivent être prises pour prévenir l'exploitation des réfugiés en tant que donneurs d'organes dans les pays d'accueil ainsi que dans les pays de transit. Les réfugiés doivent être protégés tant qu'ils conservent le statut de réfugiés et non de citoyens de ces pays, notamment dans les pays ayant adopté des politiques de consentement présumé.

67. Dans certains cas, les réfugiés peuvent être des personnes handicapées contraintes à fuir malgré leurs limitations, ou alors devenues handicapées au cours du départ de leur pays d'origine. Leur situation peut être d'autant plus difficile. En accord avec la Convention relative aux droits des personnes handicapées (ONU, 2006), entre autres obligations, les personnes handicapées ne doivent pas subir un traitement discriminatoire et doivent être pleinement intégrées afin d'assurer de manière accessible leur sûreté, leur sécurité et leur bien-être.

V.3. Égalité, justice, équité et allocation des ressources

68. L'article 10 de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme énonce que « l'égalité fondamentale de tous les êtres humains en dignité et en droit doit être respectée de manière à ce qu'ils soient traités de façon juste et équitable » (UNESCO, 2005). La dignité humaine est considérée comme le fondement de l'égalité de tous les êtres humains et des droits de l'Homme, le traitement juste et équitable étant le but à atteindre par la communauté internationale. Ces trois principes, égalité, justice et équité, qui sous-tendent la Déclaration, sont traités avec une attention particulière dans les articles 8 (« Respect de la vulnérabilité humaine et de l'intégrité personnelle »), 11 (« Non-discrimination et non-stigmatisation »), 13 (« Solidarité et coopération ») et 14 (« Responsabilité sociale et santé ») de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme.

69. Si ces principes ont, en un sens, valeur d'idéaux ambitieux, il s'agit aussi de normes concrètes que les États membres sont invités à mettre en application à travers leurs politiques et leurs pratiques. Les réfugiés, en particulier, doivent être pris en considération dans l'application de ces principes. L'article 8, par exemple, dispose que « les individus et les groupes particulièrement vulnérables devraient être protégés et [que] l'intégrité personnelle des individus concernés devrait être respectée », et l'article 14 rappelle brièvement les besoins élémentaires qui doivent être satisfaits afin que soit garanti le traitement équitable et juste de chaque être humain en tant qu'une fin en soi. (UNESCO, 2005)

70. La justice est un principe général qui guide notre conduite éthique personnelle et collective. L'équité consiste à adapter la loi aux particularités de la justice dans un cas précis. Par conséquent, la mise en œuvre équitable du principe de justice nous pousse à aborder les problèmes de pauvreté, d'exclusion sociale et d'accès à la nourriture, à l'eau et aux soins de santé de façon non discriminatoire. Les soins de santé s'accompagnent en effet d'autres exigences, comme la sécurité physique, le logement, l'éducation et une source de revenu stable.

71. Par ailleurs, ces trois principes font partie du cadre général nécessaire au respect de la dignité humaine. La dignité humaine ne peut être protégée si les principes d'égalité, de justice et d'équité ne sont pas pris en compte. Les réfugiés méritent le respect comme tous les autres êtres humains et ne doivent pas être privés de leur dignité sous prétexte qu'ils se trouvent dans une situation douloureuse et effroyable. Du fait même de leur vulnérabilité, ils

doivent bénéficier d'une attention et d'une protection particulières. L'idée de dignité conserve une place particulière dans le champ des droits de l'Homme en tant que qualité intrinsèque de la personne humaine impliquant le respect de tout un chacun. Nier la dignité humaine de quelques-uns revient à nier la dignité humaine de tous les êtres humains. Tous les pays doivent donc impérativement faire preuve de solidarité et satisfaire les besoins des réfugiés.

72. La justice entre également en jeu dans les décisions relatives à l'allocation des ressources limitées. Ces décisions relèvent généralement du niveau macro, c'est-à-dire du gouvernement ou des instances parlementaires. Ce sont également ces organes qui sont chargés de répondre à la situation des réfugiés. Les gouvernements doivent donc prévoir suffisamment de ressources pour financer cette réponse. Il est important de garder ce point à l'esprit afin d'éviter toute situation où la responsabilité des décisions d'affectation des ressources reposerait uniquement sur les personnels soignants.

73. Toutefois, même lorsque des décisions claires seront prises au niveau macro, il demeure nécessaire, dans une certaine mesure, de décider de l'affectation des crédits à l'échelle micro. C'est ce que l'on appelle le triage, terme qui est utilisé dans les situations de catastrophe, ainsi que dans les services d'urgence, où les patients blessés sont classés en fonction de leurs besoins médicaux et de leur pronostic ; les personnes nécessitant des soins immédiats étant prises en charge en priorité. De même, les décisions relatives à l'admission des patients dans les services de soins intensifs, ou à leur congé, comportent une part de triage.

74. En ce qui concerne les réfugiés vivant dans des camps, le triage peut là encore avoir plusieurs sens : (1) en cas de hausse soudaine du nombre de nouveaux arrivants, des choix devront être faits en matière d'affectation des ressources rares, ou du moins limitées, sur le lieu d'arrivée ; (2) il peut également intervenir lors de l'examen des réfugiés (en particulier les plus vulnérables d'entre eux) pour établir le diagnostic de leurs problèmes de santé ; (3) le triage peut également avoir lieu ultérieurement. Dans les camps contrôlés par le HCR, une fois l'accès aux soins de santé primaires garanti pour tous, l'accès à des traitements complémentaires est décidé en fonction de procédures opérationnelles standards qui, compte tenu du caractère limité du budget, peuvent être très strictes (cf. HCR) et exclure les traitements coûteux et de longue durée, tels que les traitements anticancéreux.

75. Le triage est recommandé (notamment par l'OMS) aux points d'entrée, afin d'évaluer les problèmes de santé de certains groupes de réfugiés (enfants, femmes enceintes, personnes âgées) peu de temps après leur arrivée. S'ensuivront un diagnostic et un traitement appropriés. Il faudra, dans la mesure du possible, dispenser les soins médicaux nécessaires. Chaque personne en transit doit avoir pleinement accès à un environnement accueillant, à des services de prévention (p. ex. de vaccination) et, le cas échéant, à une prise en charge médicale de la meilleure qualité possible et exempte de toute discrimination fondée sur le genre, l'âge, la religion, la nationalité, la race ou le statut juridique.

76. Si par triage on entend dépistage médical, il n'existe pas, à première vue, de problèmes moraux particuliers. Des problèmes de ce type peuvent toutefois apparaître si le recours systématique au dépistage entraîne des conséquences imprévues et/ou si les résultats d'une telle procédure de sélection sont utilisés à des fins non médicales.

77. C'est pourquoi le CIB propose, en accord avec l'OMS, les orientations suivantes :

- a. Le dépistage obligatoire peut dissuader les migrants de consulter et compromettre l'identification des patients à haut risque ; par conséquent le dépistage de maladies chez les réfugiés et les migrants ne doit pas être obligatoire, sauf lorsqu'il existe de bonnes raisons épidémiologiques de soupçonner une forte incidence d'une maladie donnée au sein de ces populations. Le dépistage obligatoire ne se justifie dans aucun autre cas. En effet, aucune preuve tangible ne permet de confirmer que cette intervention, qui peut être source de stress pour les réfugiés et plus généralement pour la communauté, est bénéfique (ou le rapport coût-efficacité).

- b. Des examens médicaux doivent être réalisés dans l'intérêt individuel et collectif et les résultats, communiqués aux réfugiés afin de leur garantir à tous l'accès aux soins. Ces examens doivent concerner aussi bien les maladies transmissibles que non transmissibles (MNT), et être effectués dans le respect des droits fondamentaux des migrants et de leur dignité.
- c. Les examens médicaux ne doivent jamais servir de prétexte pour expulser un réfugié ou un migrant.

78. Si les soins de santé primaires peuvent être garantis aux réfugiés, ce n'est pas le cas des soins de longue durée pour les réfugiés en transit ou dans les camps, soit parce que leur voyage se poursuivra ultérieurement, soit en raison de l'insuffisance des ressources. Le présent rapport justifie l'adoption d'une politique prévoyant la fourniture de services de santé aux réfugiés, quel que soit leur statut et indépendamment du fait qu'ils sont ou non en transit, en tant que couverture de santé universelle.

V.4. Identité, non-discrimination et non-stigmatisation

79. Les réfugiés sont particulièrement exposés à la discrimination et à la stigmatisation. Il est donc indispensable d'examiner les principaux facteurs qui les rendent plus vulnérables à ces risques. Dans un esprit de solidarité, les pays et les sociétés qui accueillent des réfugiés venus d'environnements différents devraient déployer des mesures visant à protéger la dignité des réfugiés et veiller à ce qu'ils puissent jouir des mêmes droits et accéder aux services de santé dans les mêmes conditions que la population locale.

80. L'article 11 de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme énonce qu'« aucun individu ou groupe ne devrait être soumis, en violation de la dignité humaine, des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, à une discrimination ou à une stigmatisation pour quelque motif que ce soit » (UNESCO, 2005). On en déduira que stigmatisation et dignité humaine sont intrinsèquement liées et que stigmatisation et dignité humaine s'excluent mutuellement. Bien que la stigmatisation soit considérée comme une marque d'ostracisme touchant un individu, il est essentiel de reconnaître qu'elle constitue un produit social, le fruit de conditions structurelles et des relations de pouvoir établies au sein d'une société. Toute personne portant l'étiquette de « réfugié » risque de ne pouvoir jouir pleinement de ses droits fondamentaux, y compris les soins de santé. La stigmatisation a notamment pour conséquence négative de favoriser tension et gêne dans les interactions sociales, de limiter les réseaux sociaux, de nuire à la qualité de la vie, d'engendrer une faible estime de soi et des symptômes dépressifs et de favoriser le chômage et la perte de revenus. Il est donc essentiel de bien faire comprendre aux sociétés d'accueil en quoi consiste le statut de réfugié afin de lutter contre les pratiques potentiellement discriminatoires et stigmatisantes.

81. Les réfugiés ont été forcés de quitter leur communauté locale, qui définit leur identité. La situation s'aggrave dans les cas où, lorsqu'elles fuient pour se mettre à l'abri, les personnes et les familles perdent leurs documents d'identité ou qu'elles sont dans l'impossibilité de les emporter. Elles sont alors contraintes de se reconstituer une nouvelle identité et se voient attribuer des étiquettes qui, peuvent être en contradiction avec leur identité d'origine. C'est notamment le cas lorsque les réfugiés sont installés dans des environnements culturellement différents de leur communauté d'origine. Cette situation peut avoir des conséquences néfastes quand les individus n'ont d'autre choix que d'adopter des coutumes contraires à leurs propres croyances et pratiques. Les réfugiés perdent alors leur identité d'origine, sans pour autant éprouver un sentiment d'appartenance à l'égard de leur nouvelle société.

82. Bien que la notion « d'identité de réfugié » ne suscite pas de consensus clair, cette expression a souvent une connotation négative. Elle est en effet associée aux personnes mal intégrées, ce qui alimente les préjugés et renforce les inégalités sociales. La construction de l'identité, qu'elle soit personnelle ou collective, est une construction sociale qui dépend de l'intersubjectivité, c'est-à-dire qu'elle procède des relations établies avec autrui. Si les réfugiés construisent leur propre identité, les autres leur attribuent également une identité à partir de

ce qu'ils entendent dire à leur propos. Or, les organisations d'aide internationale et les États sont souvent mal préparés pour faire face aux problèmes des réfugiés.

83. L'étiquette de « réfugié » a souvent une connotation péjorative et peut être une cause de discrimination et de stigmatisation. Cette étiquette n'est pas sans incidence sur le type et la qualité des soins médicaux dispensés aux réfugiés, notamment en comparaison avec ceux dont bénéficie la population locale.

84. Les réfugiés ont souvent une culture différente de celle des habitants des sociétés dans lesquelles ils cherchent refuge, mais cette différence ne justifie en aucun cas de les priver du respect de leur dignité humaine. Étant donné que les populations réfugiées se caractérisent souvent par une grande diversité sociale, professionnelle et économique, il importe de reconnaître et de renforcer les qualités des réfugiés et les richesses qu'ils apportent à leur nouvelle société. Par exemple, en fonction de la réglementation nationale, les réfugiés ayant une profession médicale devraient pouvoir mettre à profit leurs compétences pour contribuer à la prestation de soins de santé.

85. Les systèmes de santé devraient être en mesure de s'adapter aux différentes identités culturelles des réfugiés et d'éliminer les pratiques pouvant favoriser la discrimination et la stigmatisation.

V.5. Établissements de santé sensibilisés aux questions culturelles

86. Depuis sa création, l'UNESCO axe son travail sur le dialogue interculturel en vue de l'édification de la paix par l'éducation, les cultures, les sciences, la communication et l'information. Lors du Forum mondial sur le dialogue interculturel, la Directrice générale de l'UNESCO s'est exprimée en ces termes : « [L]a diversité culturelle est une autre façon de parler de la dignité humaine et des droits de l'Homme. Les cultures sont toutes reliées les unes aux autres et, pour nous sentir pleinement nous-mêmes, pour nous sentir pleinement humains, nous devons nous ouvrir à chacune d'entre elles » (UNESCO, 2016).

87. La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme reconnaît que « la santé ne dépend pas uniquement des progrès de la recherche scientifique et technologique, mais également de facteurs psychosociaux et culturels » et « que l'identité de la personne a des dimensions biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et spirituelles » de sorte que « les décisions portant sur les questions éthiques que posent la médecine, les sciences de la vie et les technologies qui leur sont associées peuvent avoir un impact sur les individus, les familles, les groupes ou communautés et sur l'humanité tout entière » (UNESCO, 2005). Les professionnels de santé doivent faire preuve de « sensibilité morale » et engager une « réflexion éthique » afin « de contribuer au respect de la dignité humaine et de protéger les droits de l'Homme, en assurant le respect de la vie des êtres humains, et les libertés fondamentales, d'une manière compatible avec le droit international des droits de l'Homme » (UNESCO, 2005). L'article 3 reconnaît que la dignité humaine et les libertés fondamentales sont des droits de l'Homme qui doivent être pleinement respectés. Dans le contexte des soins de santé, cela se réfère au respect de l'autonomie et de la diversité culturelle, en l'absence de discrimination et de stigmatisation, et au processus valide d'information et de consentement aux interventions médicales.

88. Si les cultures parviennent à surmonter leurs différences et leurs divergences, c'est parce qu'elles partagent des valeurs universelles portant sur l'être humain en tant que tel, et ce, quelles que soient les circonstances dans lesquelles vivent les individus et les peuples. Cette dimension universelle des cultures souligne l'existence de valeurs fondamentales : respect de la vie, intégrité, égalité et, ainsi, droit aux services de santé.

89. Pour satisfaire au mieux l'exigence relative au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, les organismes doivent faire preuve de compétence. Les installations, biens et services en matière de santé doivent « être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité, ce qui suppose, notamment, du personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés, un

approvisionnement en eau salubre et potable et des moyens d'assainissement appropriés » (CDESC, 2000 ; article 12[d]). En outre, « les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, réceptifs aux exigences spécifiques liées au genre et au stade de la vie et être conçus de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des intéressés » (CDESC, 2000 ; article 12[c]).

90. Les compétences linguistiques constituent l'une des conditions essentielles à la bonne application de ces dispositions. D'une part, si l'équipe soignante ne comprend pas ses patients, elle ne pourra mener à bien un diagnostic de qualité (ceci est particulièrement vrai dans le domaine sensible de la psychiatrie). D'autre part, la bonne observance du traitement par le patient ne peut être assurée s'il ne comprend pas les informations et instructions qui lui sont communiquées. Par ailleurs, le manque de compréhension mutuelle empêche de prescrire des traitements adaptés, ce qui accroît le coût des soins de santé habituels. Les services compétents ne peuvent par conséquent mener leurs activités qu'en respectant ces besoins universels, par exemple en proposant des services de traduction et de médiation adaptés et en respectant la confidentialité de mise dans l'exercice de la médecine.

91. La sensibilité culturelle ne doit pas servir de justification pour accéder à des demandes des patients qui peuvent s'avérer discriminatoire à l'égard du personnel de santé ou d'autres patients, ou qui contreviennent aux normes éthiques locales.

92. Les personnels de santé devraient résister à toute tentation paternaliste de faire changer d'avis leur patient au lieu de prendre en compte ses besoins et ses valeurs. L'éducation des migrants et des réfugiés aux valeurs locales peut ouvrir effectivement la voie à une attitude interactive, prompte au dialogue et exempte de préjugés. Les établissements de santé devraient tenir compte des préférences des patients et prendre les dispositions les mieux adaptées. Cependant, les références à la « culture des personnes » pour prodiguer des « soins de santé tenant compte des spécificités culturelles » ne devraient pas être établies arbitrairement par le patient.

V.6. Responsabilité morale mondiale

93. Outre les responsabilités personnelles et nationales, au fil des années, la responsabilité morale des États membres de l'ONU à l'échelle mondiale a été définie par les dispositions juridiques de plusieurs instruments internationaux. Il s'agit notamment de la Convention de Genève relative au statut des réfugiés (1951), du Protocole relatif au statut de réfugié (1967) et, plus récemment, des Protocoles de Palerme (2000) et la Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants de 2016. Ces responsabilités sont partagées avec le bureau du HCR qui rassemble des informations sur la situation mondiale, conseille les pays, fournit des moyens financiers pour aider les réfugiés et protéger leur statut juridique tout en leur permettant d'accéder aux services de santé (physique et mentale) et d'éducation, et plaide en faveur de l'égalité de traitement et de l'intégration des réfugiés dans leur société d'accueil.

94. Ces instruments internationaux visent à assurer la protection des réfugiés partout dans le monde. Cependant, en raison des guerres intestines qui déchirent de nombreux pays et des catastrophes climatiques subies par d'innombrables îles et villes côtières dans le monde entier, on constate une forte augmentation du nombre de personnes déplacées à l'échelle de la planète. Les populations réfugiées, de même que l'aide et la protection qui leur étaient accordées par le passé, sont par conséquent désormais moins bien acceptées. Cette hésitation à accueillir les réfugiés est en partie due à la confusion que suscitent les différences entre migrants et réfugiés. Dans certains pays, la peur du terrorisme a dégradé un peu plus encore l'acceptation des réfugiés par l'opinion publique. La mondialisation des échanges a permis aux pays riches de s'enrichir, les rendant d'autant plus protecteurs de leurs avantages économiques. Certains gouvernements et citoyens craignent d'être envahis par des minorités compromettant la bonne gouvernance de leur pays. Ils redoutent de perdre leur identité

culturelle et religieuse et voient dans les réfugiés une menace pour l'emploi. Dans cette situation complexe, on assiste dans certains pays à une apparente résurgence du racisme et des discriminations.

95. Devant la combinaison de tous ces facteurs, certains pays ont choisi de fermer leurs frontières, d'autres ont répondu par l'indifférence et d'autres encore ont renforcé les démarches administratives pour compliquer l'accueil des réfugiés. Rares sont les pays qui ont ouvert leurs portes aux personnes en quête d'asile. De façon générale, on constate malheureusement, et de plus en plus, que la valeur de chaque personne, protégée en tant que telle par les droits de l'Homme universels, tend à être niée.

96. Les États membres des Nations Unies ont une responsabilité morale à l'égard des réfugiés. Ils sont ainsi tenus d'aider « l'autre », qui est notre égal et se trouve dans une situation de très forte vulnérabilité. Cet « autre » a donc droit à des soins de santé et à une aide sociale.

97. La protection des droits des réfugiés n'est pas seulement une obligation humaine. Tous les pays y ont un intérêt et, à cette fin, les États membres des Nations Unies doivent tous faire preuve de solidarité mutuelle. À l'heure actuelle, seules quelques nations acceptent d'accueillir un grand nombre de réfugiés, mais tous les pays devraient contribuer équitablement à l'amélioration de la situation des réfugiés et à leur protection.

98. Les causes des déplacements forcés de populations (guerres civiles, conflits ethniques, religieux ou autres, pauvreté, effets du changement climatique) peuvent parfois, à première vue, sembler propres à un pays ou à une région. Cependant, elles peuvent parfois être la conséquence d'autres causes éloignées dans le temps ou dans l'espace. Elles sont en réalité le fruit d'interactions complexes entre les différents facteurs composant le système mondial. Ceci apparaît de plus en plus comme un système mondial dans le cadre duquel une simple gestion sectorielle des problèmes ne suffit plus. Il est donc nécessaire que la communauté internationale fasse preuve d'une plus grande solidarité afin de réduire la pauvreté et les inégalités sociales et de favoriser une croissance économique inclusive, et qu'elle s'engage à coopérer davantage afin de prévenir les guerres civiles parfois prévisibles, de résoudre les conflits par des moyens pacifiques et de promouvoir une exploitation moindre et raisonnable des ressources naturelles et des écosystèmes.

99. On accordera une importance particulière aux responsabilités des États membres suivantes :

- a. prévenir et résoudre, dans la mesure de leurs capacités, les causes à l'origine des afflux de réfugiés et des migrations de masses ;
- b. encourager la coopération internationale entre les États membres et les organisations internationales compétentes telles que le HCR et l'OMS ;
- c. accorder une attention particulière aux besoins de santé et aux conséquences de la situation d'apatride ;
- d. apporter aux réfugiés l'aide qui leur permettra de s'intégrer activement dans leur pays d'accueil, de retrouver leur autosuffisance et d'exercer pleinement leurs compétences ;
- e. définir les mécanismes appropriés grâce auxquels la dignité et la liberté des réfugiés seront reconnues et respectées ;
- f. inciter les organisations et associations professionnelles compétentes qui contribuent à la mise en place de conditions plus souples et plus humaines pour les réfugiés à collaborer avec la société d'accueil afin d'alléger les souffrances des réfugiés ;
- g. aider les réfugiés à devenir autonomes dans leur pays d'accueil, en leur enseignant la langue nationale, en les guidant dans leurs démarches pour faciliter leur adaptation et en leur donnant des informations sur les possibilités d'emploi. Ils

seront ainsi en mesure d'exercer leurs compétences et de passer progressivement de l'état de dépendance à celui d'indépendance ;

- h. adopter des mesures de prévention de la discrimination raciale et ethnique ;
- i. réfléchir aux responsabilités qui leur incombent vis-à-vis des réfugiés qui traversent leur territoire, notamment en garantissant leur sécurité et en leur fournissant de la nourriture, de l'eau, des soins et toute autre forme d'assistance. Ce n'est pas parce qu'ils n'ont pas encore atteint leur destination finale que les réfugiés en transit peuvent être privés de leurs droits fondamentaux.

100. Les responsabilités mondiales envers les réfugiés s'appuient sur le fondement moral suivant : nous ne pouvons cultiver notre propre humanité qu'en fonction de l'attention que nous accordons à l'humanité d'autrui, de notre capacité à voir dans « l'étranger », dans l'inconnu, une part de nous-mêmes, et ce, en raison de l'inéluctable fraternité entre tous les êtres humains.

V.7. Recherche

101. Il est important d'acquérir de nouvelles connaissances sur les enjeux sanitaires liés aux conditions extrêmes dans lesquelles vivent les réfugiés, ainsi que sur les autres besoins de ces populations, afin d'élaborer des politiques et programmes d'aide humanitaire qui soient efficaces.

102. L'ensemble des conditions habituelles applicables aux travaux de recherche conçus et exécutés dans le respect de l'éthique sont applicables en matière de recherche sur les populations réfugiées. Ces exigences portent notamment sur les points suivants : la nécessité de garantir que les travaux menés concernent bien les besoins en matière de santé des réfugiés ou des groupes comparables qui seront ciblés à l'avenir ; l'évaluation du rapport risques/bénéfices ; le consentement éclairé du participant à la recherche, le besoin d'éviter les doubles standards, et le partage équitable des bénéfices.

103. Les recherches menées sur les populations réfugiées doivent s'attacher à concilier le besoin de rigueur en matière de conception et de réalisation de la recherche, et la nécessité de protéger les sujets participants à la recherche contre les éventuels préjudices liés à la recherche. Ces préjudices sont par exemple la détresse psychologique, la sollicitation surabondante pour participer à des études multiples ou répétitives aux participants, la sélection injuste des participants, ou encore l'épuisement de ressources ou de personnel consacré aux secours immédiats.

104. Selon le rapport du CIB sur le principe du respect de la vulnérabilité humaine et de l'intégrité personnelle (UNESCO, 2013), les recherches doivent reconnaître les besoins des groupes les plus vulnérables et les traiter avec une attention particulière. Cela comprend les personnes qui ne sont pas en mesure de donner leur consentement et celles qui peuvent être vulnérables à la coercition ou à des influences indues. Les chercheurs devraient éviter de créer des attentes irréalistes quant à l'amélioration de la situation des réfugiés, y compris de leur état de santé, ou d'offrir des récompenses inappropriées.

105. Le consentement éclairé peut poser problème, notamment pour les réfugiés vivant dans des camps. Ils peuvent être considérés comme une population « captive » et un groupe particulièrement vulnérable, ne pas être pleinement convaincus d'avoir le droit de refuser de participer et être susceptibles de faire l'objet de mesures coercitives si la recherche est parrainée par des organisations puissantes.

106. Lorsque les réfugiés viennent de pays aux cultures très différentes de celle du pays d'accueil, la recherche doit être conçue et effectuée en tenant compte des particularités culturelles et impliquer de préférence des chercheurs familiarisés aux croyances et pratiques culturelles des participants. Par ailleurs, la communication d'informations aux réfugiés peut poser problème en raison de la barrière de la langue et de la situation de crise. Pour surmonter

la barrière de la langue, il pourrait être nécessaire de faire appel aux services d'un interprète (professionnel de préférence).

107. Pour prévenir une possible stigmatisation des réfugiés, les chercheurs devraient définir des objectifs de recherche n'entraînant pas de discrimination. Dans le cadre des travaux de recherche impliquant des réfugiés, les règles de confidentialité devraient s'appliquer non seulement au niveau des participants individuels, mais aussi au niveau des communautés, par exemple pour protéger les groupes craignant d'être persécutés dans leur pays d'origine. Afin de protéger les sujets, les chercheurs devraient s'abstenir de recueillir des données non pertinentes pour la recherche (par ex. des noms, des adresses), recourir à l'anonymisation ou à des pseudonymes, et s'assurer que les données de recherche sont stockées de manière sécurisée.

108. La recherche ne doit pas prendre la forme d'un traitement (méprise thérapeutique) ou d'une aide humanitaire déguisée. Les différents rôles des chercheurs, des professionnels de santé et des travailleurs bénévoles doivent toujours être clairement expliqués aux réfugiés. Les éventuels conflits d'intérêts des chercheurs doivent être signalés et les mesures nécessaires à leur résolution doivent être prises.

109. Il est souvent difficile d'organiser une évaluation éthique de la recherche parmi les populations réfugiées. La résolution proactive des difficultés grâce à l'élaboration de plans de préparation à l'intention des chercheurs, des institutions et des comités d'éthique de la recherche peut s'avérer utile à l'organisation d'une évaluation éthique en situation de crise. Cela peut prendre la forme par exemple de procédures de hiérarchisation des protocoles ; de règles précises en vue d'une évaluation complète et accélérée ; ou encore de la présélection de protocoles de recherche potentiels en amont d'une crise de réfugiés.

110. Des membres de la communauté réfugiée devraient participer à l'évaluation de la proposition de recherche. Ces personnes pourraient évaluer la pertinence de la méthodologie de recherche en tenant compte des caractéristiques (valeurs culturelles, traditions, etc.) de la communauté participante, les informations à fournir aux futurs participants, etc.

111. Afin d'éviter le double emploi et la répétition des études qui épuise les participants à la recherche, il convient de partager les résultats tant positifs que négatifs de la recherche, et d'en assurer la diffusion auprès du public, de préférence au moyen de revues en accès libre. Il faudra prêter une attention particulière non seulement à la diffusion des résultats entre les chercheurs, mais aussi à la transmission d'un retour d'informations aux participants à la recherche.

V.8. Enjeux en matière de santé publique

112. Comme mentionné précédemment, la forte densité de population au sein des camps de réfugiés favorise la propagation des maladies transmissibles et soulève des difficultés en matière d'hygiène et d'assainissement. Les camps où les réfugiés sont hébergés sous tente ont un impact important sur l'état de santé de ces derniers. La proximité des zones de conflit accroît le risque de violence. Selon une étude menée dans 51 camps de réfugiés situés dans sept pays, dont trois en Afrique, le taux brut de mortalité dans les camps situés à moins de 10 kilomètres des zones de conflit est dix fois supérieur à celui observé dans les camps situés à 50 kilomètres au moins des zones de combat. La distance entre le camp et la structure de santé dont il dépend pourrait également avoir une forte incidence sur le taux de mortalité.

113. L'inadéquation des mesures de sécurité dans les zones d'hébergement des réfugiés nuit de manière indirecte à l'état de santé dès lors que les organisations humanitaires ne peuvent plus accéder aux populations. Les déplacements mêmes provoquent l'interruption des traitements, notamment dans le cas des maladies et infections chroniques. La malnutrition et les difficultés d'accès à l'eau potable varient en fonction du statut migratoire et du degré d'intégration dans la zone d'accueil. Les personnes déplacées (PDI) risquent davantage de rencontrer des difficultés d'accès aux approvisionnements, tandis que les réfugiés vivant dans

les camps ont plus facilement accès à de l'eau potable, à des rations alimentaires quotidiennes et, à long terme, à l'autosuffisance alimentaire.

114. Les réfugiés peuvent être victimes de nombreuses formes de violence : physique, sexuelle, morale et psychologique. Lors des guerres et des conflits armés, les personnes situées dans les zones de conflit, y compris les réfugiés, connaissent une multiplication des violations des droits de l'Homme, des violences et des persécutions sexistes. Paradoxalement, alors que les femmes se réfugient dans les camps pour échapper aux violences et aux persécutions, le risque de transmission du VIH/SIDA s'accroît pendant la fuite et l'exil. Les femmes sont soumises à des sévices sexuels par des individus qui font usage de leur position de force dans les zones de conflit, aux frontières et à l'intérieur des camps. En raison des mauvaises conditions de vie et des carences subies pendant le voyage, les réfugiés sont particulièrement sujets à des infections aiguës et doivent alors impérativement avoir accès à des soins adaptés.

115. Les réfugiés et les migrants souffrant de maladies non transmissibles pourraient être plus vulnérables à cause des conditions régnantes lors de leur voyage (OMS, n.d.). Parmi les principales maladies non transmissibles répertoriées figurent les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires chroniques. Les risques auxquels les réfugiés sont exposés incluent également les troubles mentaux, l'augmentation de la mortalité néonatale, les problèmes liés à la santé reproductive, la consommation de drogues, les troubles de l'alimentation, l'alcoolisme et l'exposition à la violence.

116. Ces situations favorisent les épidémies de méningite, de fièvre jaune, d'hépatite virale et de typhoïde. Dans certains camps, 40 % des décès sont imputables aux maladies diarrhéiques, qui touchent, dans 80 % des cas, des enfants de moins de deux ans. Pendant la phase d'exil et dans les camps, les réfugiés sont exposés à des maladies liées à la précarité de leurs conditions de vie. Ces risques s'amplifient à mesure que les difficultés accumulées pendant la phase d'exil affaiblissent le système immunitaire des réfugiés, déjà fragilisés par les agressions, physiques ou autres, qu'ils ont pu subir.

117. Bien que l'opinion publique soit prompte à établir une relation de cause à effet entre migration et importation de maladies transmissibles, rien n'est moins sûr. Comme expliqué précédemment, les réfugiés sont principalement exposés aux maladies infectieuses les plus communes dans les pays d'accueil ou de transit, sans lien avec la migration. Le risque d'importation dans les pays d'accueil ou de transit d'agents infectieux exotiques est extrêmement faible et, même quand il existe, les faits montrent que les voyageurs, les touristes ou les personnels médicaux représentent une préoccupation plus grande que les réfugiés.

V.9. Difficultés propres aux camps de réfugiés permanents

118. Pour les pays d'accueil, la présence d'un groupe important de réfugiés de longue durée qui ne deviendront probablement jamais citoyens desdits pays soulève des enjeux d'intégrité territoriale et de déploiement des services, notamment dans les secteurs étroitement liés que sont l'éducation et la santé. La possibilité de recevoir une instruction en ligne peut s'avérer essentielle pour compenser le manque d'opportunités en matière d'éducation et de soins de santé, et celle-ci devrait être développée dans les langues des réfugiés.

119. Il existe de nombreuses implications politiques et sociales ayant des conséquences sur l'accès aux soins de santé pour les personnes nées dans les camps de réfugiés. Certains pays octroient automatiquement la citoyenneté aux personnes nées sur leur territoire, tandis que d'autres prévoient que la nationalité ne pourra être acquise que si l'un des parents est citoyen ou résident permanent de ce pays. Les Etats membres doivent garantir qu'aucun enfant né dans ces conditions soit rendu apatride.

120. La Convention des Nations Unies relative au statut des réfugiés dispose clairement que les réfugiés peuvent prétendre aux mêmes droits sociaux que les citoyens du pays d'accueil. Mais dans de grands camps de réfugiés, un nombre important de personnes sont

au chômage ou travaillent sur place. Les prestations sociales s'accompagnent de droits et de devoirs, y compris de nature fiscale. Le travail effectué dans les camps devrait-il être imposable dans le pays d'accueil afin de garantir une sécurité sociale et le fonctionnement des services publics ? Dans l'affirmative, ces personnes ne devraient-elles pas avoir voix au chapitre concernant la façon dont leur argent est dépensé ? Elles devraient pour cela avoir le droit de voter au minimum aux élections locales.

121. Afin d'atténuer les risques sanitaires auxquels s'exposent les réfugiés, les pays d'origine devraient faire tout ce qui est en leur pouvoir pour garantir leur droit de retour, consacré par la législation internationale. Dans de nombreux cas, ces pays ont été détruits par la guerre et leurs infrastructures ont été gravement endommagées. Ils seront par conséquent amenés à redoubler d'efforts pour reloger les réfugiés dans leur ancien domicile. Parfois les villes ont été détruites et les champs minés, empêchant les personnes de continuer à vivre de l'agriculture, d'autres fois les maisons ont été occupées par de nouveaux habitants, pour qui de nouvelles solutions devront être trouvées. Dans certains cas, la situation est aggravée par le fait que les réfugiés sont membres de groupes ou de populations vaincus lors de la guerre civile ou d'une guerre internationale, les vainqueurs estimant alors avoir le droit d'occuper de façon permanente leur territoire. Recréer les conditions de rapatriement et de paix constitue un enjeu de taille.

122. La communauté internationale a le devoir d'aider les pays qui s'efforcent de rapatrier les réfugiés, notamment dans le cas de pays déchirés par la guerre. Cela peut s'avérer coûteux, et des fonds devront être spécialement affectés à cette fin. Lorsque cela s'avère impossible, et tant que la situation créant des réfugiés n'a pas évolué, la communauté internationale doit essayer d'assurer l'intégration des réfugiés dans leur pays d'accueil, afin de leur permettre, ainsi qu'à leur famille, de vivre le plus « normalement » possible. Si cela s'avère également impossible, et uniquement dans ce cas, elle doit mettre en place des mécanismes visant à prolonger le statut de réfugié et la prestation de services dans toute situation de camp « permanent », tout en reconnaissant que cela a des conséquences négatives graves sur les droits à la santé et à la sécurité physique des personnes concernées.

VI. SENSIBILISATION DU PUBLIC FACE À ET ENGAGEMENT ENVERS LA SITUATION DES RÉFUGIÉS

123. La résistance envers les réfugiés est souvent due aux informations erronées. La mobilisation du public se définit comme le processus consistant à informer, sensibiliser et impliquer la population dans un cadre spécifique autour d'une question pertinente ayant une incidence sur le bien-être d'une population cible. Cela comprend une multitude d'activités, telles que l'instruction du public par le biais des médias, de réunions publiques et de programmes éducatifs. Dans le domaine des soins de santé, la mobilisation du public a été particulièrement importante pour la diffusion de l'information sur les causes des maladies, la prévention et le contrôle en matière de santé publique et de maladies infectieuses. La sensibilisation est un élément essentiel du processus de mobilisation du public, ce qui requiert une communication adéquate et contextualisée envers le public. Des données empiriques suggèrent qu'une sensibilisation et une mobilisation efficaces du public peuvent grandement contribuer à améliorer et à pérenniser les programmes de santé publique.

124. La crise des réfugiés actuelle a soulevé une série de difficultés, tant pour les réfugiés eux-mêmes que pour les pays concernés. Ces défis exigent la mise en place d'activités efficaces de mobilisation du public afin de contribuer à la diffusion de l'information sur l'ampleur du problème, en vue d'obtenir le soutien mondial nécessaire pour répondre aux nombreuses difficultés auxquelles les réfugiés sont confrontés (HCR, 2015). Cette mobilisation est particulièrement importante dans le cadre de la fourniture de soins de santé de qualité aux réfugiés, afin d'alléger le fardeau des maladies très répandues dans les camps et d'améliorer l'état de santé général des réfugiés partout dans le monde.

125. De nombreuses sociétés, en particulier dans le monde développé, ont pu atteindre un niveau élevé de bien-être grâce à la mise en œuvre de mécanismes de protection sociale comprenant, entre autres, des systèmes de santé publique gérés directement par les pouvoirs publics, ou indirectement par le biais du secteur privé. Nombre de ces systèmes sont parvenus à des niveaux de protection sanitaire universelle ou quasi universelle. Ceux-ci ont pu voir le jour avant tout grâce aux efforts de collaboration considérables déployés par les membres des différentes communautés, qui ont fini par comprendre que l'édification d'une société plus juste et plus sûre pour leurs citoyens passait impérativement par l'instauration de mécanismes de cohésion sociale de ce type, ce qui, au niveau individuel, exige un effort économique important, que ce soit par le biais des impôts ou du versement de primes d'assurance.

126. Ce sens de la solidarité ne semble cependant fonctionner qu'en interne dans ces sociétés. Il ne s'étend pas à ceux qui n'appartiennent pas encore à ces communautés et pour qui rejoindre ces dernières est le seul moyen d'échapper à une situation désespérée, comme c'est souvent le cas pour les réfugiés. Ainsi, malgré l'acceptation croissante du droit des réfugiés à la santé et aux soins de santé, leur niveau d'accès à des services médicaux de qualité dans les camps ou les implantations étrangères où ils cherchent refuge reste incertain. En l'absence de mécanismes adéquats visant à informer et sensibiliser le public, celui-ci n'a qu'une connaissance limitée des droits des réfugiés. En outre, plusieurs idées fausses sur le statut des réfugiés tendent à émerger dans les pays d'accueil, suscitant un certain malaise parmi les citoyens quant à la présence des réfugiés. En conséquence, il y a une certaine réticence à accepter les réfugiés dans les sociétés bien établies. En l'absence de mécanismes adéquats visant à informer la population locale sur la situation des réfugiés et sur la nécessité d'un appui et d'une solidarité à l'échelle mondiale, cela pourrait donner naissance à différentes formes d'exploitation, de discrimination et de stigmatisation.

127. Dans certains cas, la sensibilisation du public face à la situation des réfugiés varie selon différents groupes du public. Les images de réfugiés diffusées par les médias sont un bon moyen de sensibiliser les membres de ces communautés, mais dans de nombreux cas cela ne suscite pas une aide sociale concrète. L'objectif d'une telle sensibilisation du public devrait être d'intégrer les réfugiés en tant que membres actifs de la communauté jusqu'à ce que la situation à l'origine de leur déplacement forcé ait été résolue.

128. Cette situation exige des États et des pouvoirs publics qu'ils prennent des mesures visant à promouvoir une meilleure sensibilisation sociale du public à la situation des réfugiés afin de favoriser une intégration paisible de ceux-ci dans la société d'accueil. La prise de mesures efficaces s'impose en matière d'instruction et d'information du public sur les obligations morales de la société envers les autres êtres humains. Ces mesures devraient notamment améliorer la prise de conscience que les droits de l'Homme ne dépendent pas de la nationalité, et à ce titre, l'obligation d'assurer une protection sociale, notamment en matière de santé, devrait être renforcée.

129. La mobilisation du public face à la situation des réfugiés en ce qui concerne l'accès aux soins de santé peut prendre plusieurs formes : des activités axées sur les réfugiés (aussi bien ceux vivant dans des camps que ceux essayant de s'intégrer dans une communauté hôte) afin de susciter une prise de conscience concernant la santé publique, la promotion de la santé, les sources de soins de santé disponibles, le droit d'accès des réfugiés aux soins de santé, les limites, et les systèmes de soutien disponibles, par exemple par l'intermédiaire du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), de l'OMS, de Médecins sans Frontières (MSF) et d'autres parties prenantes œuvrant dans l'intérêt des réfugiés. Un rapport du HCR suggère que l'agence a utilisé les services des personnels de santé locaux pour fournir une instruction en matière de santé et des informations sur l'accès aux soins de santé à de nombreux réfugiés dont elle s'occupait.

130. La mobilisation du public est un processus de communication réciproque et peut être une bonne occasion pour les prestataires de soins de santé et les réfugiés d'apprendre les uns des autres. De nombreux professionnels de santé intervenant dans des camps et autres

installations ou établissements dans des pays étrangers peuvent ignorer la culture, les valeurs et les croyances des réfugiés, en particulier en matière de soins de santé. La mobilisation du public est donc une bonne occasion pour les professionnels de santé de mieux comprendre les réfugiés et d'être capables de leur prodiguer des soins adaptés à leurs besoins. L'une des valeurs intrinsèques essentielles de la mobilisation du public est l'expression d'un respect pour les réfugiés et le souhait de faire en sorte que leurs opinions soient prises en compte lors de l'élaboration de tout programme de protection sociale et d'instruction en matière de santé.

131. Les activités de mobilisation du public peuvent aussi avoir pour objet d'informer les réfugiés sur la nécessité d'éviter les individus et les groupes susceptibles de profiter indûment de leur vulnérabilité et de les exploiter. L'élaboration de plaquettes et la création et l'utilisation des réseaux disponibles au sein des groupes de réfugiés comme les personnels infirmiers locaux peuvent être de bons moyens de diffuser ces informations. Par exemple, le HCR a élaboré une boîte à outils pour éduquer les jeunes en matière de migration et d'asile dans l'Union européenne. Il est également important que les pouvoirs publics s'inspirent de la coopération qui existe entre les groupes professionnels œuvrant au plus près des réfugiés en ce qui concerne l'élaboration de stratégies, de procédures et de moyens d'informer et d'instruire. Ces efforts de mobilisation devraient être bien coordonnés afin de garantir une certaine cohérence dans la qualité des informations diffusées.

132. La mobilisation du public peut aussi cibler les communautés accueillant des réfugiés. Comme expliqué au chapitre II, il existe clairement un manque de compréhension du statut des réfugiés qui contribue à créer un certain malaise au sein du public. Il est important de sensibiliser les citoyens à la nécessité de répondre aux besoins de santé des réfugiés, car ces problèmes finiront par toucher l'ensemble de la population. Non seulement l'absence d'une protection efficace de la santé des réfugiés va à l'encontre des exigences éthiques élémentaires, mais elle est aussi irrationnelle, car elle pourrait à terme avoir des conséquences pour les personnes refusant de partager l'accès aux services de santé. Les acteurs étatiques et la communauté mondiale doivent être directement impliqués dans l'élaboration de politiques d'instruction et d'information destinées à rendre les citoyens conscients de leurs responsabilités en tant qu'êtres humains envers les autres êtres humains, ainsi que des avantages en matière de santé publique qui en découlent.

VII. RECOMMANDATIONS

133. Le grand nombre et l'immense souffrance des réfugiés à travers le monde blessent la sensibilité de l'humanité. Les causes de cette situation étant clairement identifiées, la communauté internationale a une responsabilité morale d'identifier les mesures préventives adéquates, surtout en ce qui concerne le trafic d'armes, les guerres, les conflits internes, et les disparités économiques. En reconnaissant la dignité, les droits et le bien-être des réfugiés, des solutions durables à échelle locale et internationale doivent être instituées et mises en œuvre pour protéger la santé et le bien-être des réfugiés. Ainsi, il existe une obligation morale et légale sur le plan mondiale pour répondre aux besoins de santé des réfugiés. Une attention particulière doit être accordée aux besoins de santé des réfugiés qui sont apatrides.

A. Principes

- a. Les réfugiés ont droit à l'accès à des soins de santé adaptés à leurs besoins.
- b. Les services de santé doivent être dispensés de manière non-discriminatoire. Les soins de santé ne peuvent pas être limités à l'égard de certains groupes tels que les réfugiés.
- c. Les réfugiés conservent le droit de prendre leurs propres décisions médicales ou de charger un tiers informé de prendre les décisions à leur place, en accord avec leurs valeurs et préférences connues ou vraisemblables.

- d. Les réfugiés qui sont eux-mêmes des professionnels de santé doivent être habilités à participer aux solutions des problèmes de santé des réfugiés.
- e. Le dépistage des maladies et les tests de diagnostic ne doivent pas être obligatoires chez les réfugiés, sauf s'ils elle s'effectuent dans l'intérêt des réfugiés et du public, par exemple en présence d'une raison épidémiologique claire de soupçonner une forte incidence d'une maladie donnée parmi eux.
- f. Tous les codes d'éthique internationalement reconnus et toutes les réglementations nationales dans la recherche biomédicale doivent être appliqués en matière de recherche sur les réfugiés afin de protéger leurs droits, leur santé et leur sécurité.
- g. Des mesures de protection doivent être prises pour prévenir l'exploitation des réfugiés

B. Recommandations à échelle internationale

- h. Les Etats membres doivent encourager la coopération internationale entre les organisations internationales pertinentes telles que le HCR et l'OMS.
- i. Les Etats membres doivent coordonner des arrangements intergouvernementaux spéciaux pour assurer que les droits susmentionnés puissent aussi être mis en pratique lorsque des réfugiés sont en transit.
- j. Les Etats Membres doivent créer des programmes spéciaux de protection à l'intention des enfants non accompagnés, des femmes, des personnes handicapées et des personnes âgées.

C. Recommandations à échelles nationale et locale

- k. Les Etats Membres doivent faire tous les efforts raisonnables pour fournir des services de santé aux réfugiés de manière non-discriminatoire.
- l. Les Etats Membres doivent aider les réfugiés à devenir autonomes dans leur pays d'accueil, par exemple en leur enseignant la langue nationale, en les guidant dans leurs démarches pour faciliter leur adaptation et en leur donnant des informations sur les possibilités d'emploi. Ils seront ainsi en mesure d'exercer leurs compétences et de passer progressivement de l'état de dépendance à celui d'indépendance.
- m. Les organisations de santé et les professionnels de santé pertinents doivent se joindre à la société d'accueil dans l'effort de prévenir la souffrance des réfugiés.
- n. Les comités nationaux de bioéthique ou leurs équivalents devraient signaler les questions éthiques soulevées par les situations locales d'accueil des réfugiés.
- o. Les organisations gouvernementales et non-gouvernementales doivent travailler avec des médias responsables pour informer les publics des sociétés d'accueil sur les droits humains, circonstances et besoins de santé des populations réfugiées.
- p. Les organisations gouvernementales et non-gouvernementales doivent fournir aux réfugiés une éducation et une préparation nécessaires pour pouvoir retourner dans leur société d'origine lorsque la cause du déplacement forcé est résolue.
- q. Les gouvernements doivent fournir des alternatives aux camps en fonction de la législation et des politiques nationales de leurs pays.

ANNEXE : INSTRUMENTS RÉGIONAUX DES DROITS DE L'HOMME PROTÉGANT LE DROIT À LA SANTÉ

Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples (1981)

Article 16

1. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.
2. Les États parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie.

Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (2003, « Protocole Maputo »)

Article 14

Droit à la santé et au contrôle des fonctions de reproduction

1. Les États assurent le respect et la promotion du droit de la femme à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive. Ces droits comprennent :
 - a) le droit d'exercer un contrôle sur leur fécondité ;
 - b) le droit de décider de leur maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances ;
 - c) le libre choix des méthodes de contraception ;
 - d) le droit de se protéger et d'être protégées contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA ;
 - e) le droit d'être informées de leur état de santé et de l'état de santé de leur partenaire, en particulier en cas d'infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, conformément aux normes et aux bonnes pratiques internationalement reconnues ;
 - f) le droit à l'éducation sur la planification familiale.
2. Les États prennent toutes les mesures appropriées pour :
 - a) assurer l'accès des femmes aux services de santé adéquats, à des coûts abordables et à des distances raisonnables, y compris les programmes d'information, d'éducation et de communication pour les femmes, en particulier celles vivant en milieu rural ;
 - b) fournir aux femmes des services pré et postnatals et nutritionnels pendant la grossesse et la période d'allaitement et améliorer les services existants ;
 - c) protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus.

Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'Homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (1988, « Protocole de San Salvador »)

Article 10

Droit à la santé

1. Toute personne a droit à la santé qui est considérée comme le droit de jouir du meilleur état de santé physique, mentale et sociale.
2. Afin d'assurer le plein exercice du droit à la santé, les États parties s'engagent à reconnaître ce droit comme un bienfait public et notamment à adopter, pour garantir l'exercice de ce droit, les mesures suivantes :
 - a. l'octroi des soins primaires de santé, autrement dit, la mise à la disposition de tous les individus et de toutes les familles de la communauté de l'aide médicale essentielle ;
 - b. l'extension des services de santé à tous les individus relevant de la juridiction de l'État ;
 - c. l'immunisation complète contre les principales maladies infectieuses ;
 - d. la prophylaxie et le traitement des maladies endémiques, professionnelles et autres ;
 - e. l'information de la population sur la prévention et le traitement des problèmes de santé ;
 - f. la solution des problèmes de santé des groupes à plus haut risque et qui sont plus vulnérables en raison de leur pauvreté.

Déclaration des droits humains de l'ASEAN (2012)

Article 28

Toute personne a droit à un niveau de vie adéquat pour elle-même et pour sa famille, y compris :

- a. le droit à accéder à une alimentation adéquate et abordable, à ne pas souffrir de la faim et à bénéficier d'une alimentation saine et nutritive ;
- b. le droit à l'habillement ;
- c. le droit à un logement adéquat et abordable ;
- d. le droit aux soins médicaux et aux services sociaux essentiels ;
- e. le droit à une eau potable et à l'assainissement ;
- f. le droit à un environnement sûr, propre et durable.

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (2012)

Article 35

Protection de la santé

Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un

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

Convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine du Conseil de l'Europe (1997)

Article 3

Accès équitable aux soins de santé

Les Parties prennent, compte tenu des besoins de santé et des ressources disponibles, les mesures appropriées en vue d'assurer, dans leur sphère de juridiction, un accès équitable à des soins de santé de qualité appropriée.

Charte sociale européenne (CSE, 1961, révisée en 1996, STCE n° 163)

Article 11

Droit à la protection de la santé

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment :

1. à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente ;
2. à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé ;
3. à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents.

Article 13

Droit à l'assistance sociale et médicale

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties s'engagent :

1. à veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état ;
2. à veiller à ce que les personnes bénéficiant d'une telle assistance ne souffrent pas, pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux ;
3. à prévoir que chacun puisse obtenir, par des services compétents de caractère public ou privé, tous conseils et toute aide personnelle nécessaires pour prévenir, abolir ou alléger l'état de besoin d'ordre personnel et d'ordre familial ;
4. à appliquer les dispositions visées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, sur un pied d'égalité avec leurs nationaux, aux ressortissants des autres Parties se trouvant légalement sur leur territoire, conformément aux obligations qu'elles assument en vertu de la Convention européenne d'assistance sociale et médicale, signée à Paris le 11 décembre 1953.

BIBLIOGRAPHIE

Association Médicale Mondiale (AMM), 2006, *Prise de Position de l'AMM sur l'Accès aux Soins de Santé* (en ligne). Disponible à l'adresse : <https://www.wma.net/fr/policies-post/prise-de-position-de-lamm-sur-lacces-aux-soins-de-sante/>

Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ASEAN), 2012, *ASEAN Human Rights Declaration*. Jakarta, ASEAN. Disponible à l'adresse : <http://aichr.org/documents/>

Banque mondiale, 2010, *The impacts of Refugees on Neighboring Countries : A Development Challenge*. World Development Report 2011: Background Note. Washington D.C., Banque mondiale. Disponible à l'adresse : https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/9221/WDR2011_0028.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Banque mondiale, 2015, *ASPIRE: The Atlas of Social Protection – Indicators of Resilience and Equity* (en ligne). Disponible à l'adresse : <http://datatopics.worldbank.org/aspire/regional-comparison>

Birman, D., 2005, « Ethical Issues in Research with Immigrants and Refugees », dans Trimble, J. and Fisher, C. eds *The Handbook of Ethical Research with Ethnocultural Populations & Communities*, Sage, Chapitre 9, pp. 155-177.

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (OMS), n.d. *Migration et santé : les principaux enjeux* (en ligne). Disponible à l'adresse : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>

Center for Effective Collaboration and Practice, n.d., *How does Cultural Competency differ from Cultural Sensitivity/Awareness?* Disponible à l'adresse : http://cecp.air.org/cultural/Q_howdifferent.htm

Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU (CDESC), 2000, *Observation générale n°14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*. New York, Nations Unies. Disponible à l'adresse : <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47ebcc2f2>

Conseil de l'Europe (CoE), 1953, *Convention européenne d'assistance sociale et médicale*. Strasbourg, Conseil de l'Europe. Disponible à l'adresse : <http://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/09000016800637f1>

CoE, 1996, *Charte sociale européenne (révisée)* (adoptée en 1961, révisée en 1996), n° 163. Strasbourg, Conseil de l'Europe. Disponible à l'adresse : <http://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168007cf94>

CoE, 1997, *Convention pour la protection des droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine*. Strasbourg, Conseil de l'Europe. Disponible à l'adresse : <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168007cf99>

Conseil des organisations internationales des sciences médicales (CIOMS), 2016, *Nouvelles lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains*. Genève, CIOMS. Disponible à l'adresse : <http://www.cioms.ch/ethical-guidelines-2016/>

Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC), 1950, *Rapport du Comité spécial pour les réfugiés et les apatrides, Deuxième session, Genève, Suisse, du 14 au 25 août 1950*. New York, Nations Unies. Disponible à l'adresse :

<http://www.refworld.org/docid/3ae68c162c.html>

Cross, T., Bazron, B., Dennis, K. et Isaacs, M., 1989, *Towards A Culturally Competent System of Care, Volume I*, Washington, D.C., Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center.

Da Costa, R., 2006, *Rights of Refugees in the Context of Integration: Legal Standards and Recommendations*. Genève, HCR. Disponible à l'adresse :

<http://www.unhcr.org/44bb90882.pdf>

États-Unis d'Amérique (USA), 1978, *The Belmont report : ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Bethesda, Commission nationale pour la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche biomédicale et comportementale. Disponible à l'adresse : https://videocast.n.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf ih.

González, E., 2000, *Circle of Rights* (Module 14, International Human Rights Internship Program, Human Rights Resource Centre). Minneapolis, Université du Minnesota. Disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/edumat/IHRIP/circle/modules/module14b.htm>

Grahl-Madsen, A., 1997, *Commentary on the Refugee Convention 1951, Articles 2-11, 13-37*. Genève, Haut-Commissariat pour les Réfugiés (HCR). Disponible à l'adresse :

<http://www.unhcr.org/3d4ab5fb9.pdf>

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme (HCDH) et Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2008, *Fiche d'information n°31, Le droit à la santé*. Genève, HCDH. Disponible à l'adresse :

http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), 2010a, *Convention et protocole relatifs au statut des réfugiés*. Genève, HCR. Disponible à l'adresse : <http://www.unhcr.org/fr/about-us/background/4b14f4a62/convention-protocole-relatifs-statut-refugies.html>

HCR, 2010b, *L'équité en santé publique chez les réfugiés et autres personnes déplacées*. Genève, HCR. Disponible à : <http://www.unhcr.org/fr/4cbdb1256.pdf>

HCR, 2015, *UNHCR Mid-Year Trends 2015*. Genève, HCR. Disponible à l'adresse : <http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/56701b969/mid-year-trends-june-2015.html>

Kabranian-Melkonian, S., 2015, « Ethical Concerns with Refugee Research », *Journal of Human Behaviour in the Social Environment*, n° 25, p. 714-722.

Médecins Sans Frontières (MSF), n.d. *Refugees and IDPs* (en ligne). Disponible à l'adresse : <http://www.msf.org/topics/refugees-and-idps>

Miramontes, L., Pottie, K., Jandu, M. B., Welch, V., Miller, K., James, M. et Roberts, J. H., 2015, « Including migrant populations in health impact assessments », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, n° 93, p. 888-889. Genève, OMS. DOI : <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.142315>

National Center for Cultural Competence, n.d. « Definitions of Cultural Competence », Université de Georgetown (en ligne). Disponible à l'adresse : <http://www.ncccurricula.info/culturalcompetence.html>

Nations Unies (ONU), 1948, *Déclaration universelle des droits de l'Homme*. New York, Nations Unies. Disponible à l'adresse : <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>

ONU, 1965, *Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale*. New York, Nations Unies. Disponible à l'adresse : <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>

ONU, 1966, *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. New York, Nations Unies. Disponible à l'adresse : <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

ONU, 1979, *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*. New York, Nations Unies. Disponible à l'adresse : <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>

ONU, 1985, *Déclaration sur les droits de l'Homme des personnes qui ne possèdent pas la nationalité du pays dans lequel elles vivent*. New York, Nations Unies. Disponible à l'adresse : <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/HumanRightsOfIndividuals.aspx>

ONU, 1989, *Convention relative aux droits de l'enfant*. New York, Nations Unies. Disponible à l'adresse : <http://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx>

ONU, 2006, *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. New York, Nations Unies. Disponible à l'adresse : <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

ONU. 2016. *Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants*. New York, Nations Unies. Disponible à l'adresse : http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/71/1&referer=http://refugeesmigrants.un.org/declaration&Lang=F

Organisation des États américains (OEA), 1988, *Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'Homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels*, « Protocole de San Salvador ». Washington, D.C., OEA. Disponible à l'adresse : <https://www.cidh.oas.org/Basicos/French/e.sansalvador.htm>

Organisation internationale pour les migrations (OIM), 2015, *État de la migration dans le monde 2015 – Les migrants et les villes : de nouveaux partenariats pour gérer la mobilité*. Genève, OIM. Disponible à l'adresse : https://publications.iom.int/fr/system/files/pdf/wmr2015_fr.pdf

OIM, n.d., *Qui est un migrant ?* (en ligne). Disponible à l'adresse : <https://www.iom.int/fr/qui-est-un-migrant>

Organisation mondiale de la Santé (OMS), 1948, *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. Genève, OMS. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

OMS, 2004, *Ruling for Access: Leading court cases in developing countries on access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health*. Genève, OMS. Disponible à l'adresse : : http://www.who.int/medicines/areas/human_rights/Details_on_20_court_cases.pdf?ua=1

OMS, 2015, *Santé et droits de l'Homme, Aide-mémoire n° 323*. Genève, OMS. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>

OMS et Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), 2009, *Mental health aspects of women's reproductive health: A global review of the literature*. Genève, OMS. Disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563567_eng.pdf

Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), 2015, *Rapport sur le développement humain 2015*. New York, Nations Unies. Disponible à l'adresse : http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report_overview_fr.pdf

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), 2005, *Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'Homme associées au VIH : études de cas des interventions réussies*. Genève, ONUSIDA. Disponible à l'adresse : http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/JC999-HumRightsViol_fr.pdf

Refugee Health Data, n.d. *Tips and Strategies for Culturally Sensitive Care* (en ligne). Disponible à l'adresse : <http://refugeehealthta.org/physical-mental-health/health-conditions/womens-health/tips-and-strategies-for-culturally-sensitive-care/>

Sieber, J. E., 2009, « Refugee research: Strangers in a strange land » (éditorial), *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, vol. 4, n° 3, p. 1-2.

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), 2005, *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme*. Paris, UNESCO. Disponible à l'adresse : <http://portal.unesco.org/fr/ev.php>
[URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/fr/ev.php?URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)

UNESCO, 2013, *Rapport du Comité international de bioéthique de l'UNESCO (CIB) sur le principe du respect de la vulnérabilité humaine et de l'intégrité personnelle*. Paris, UNESCO. Disponible à l'adresse : <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002323/232368f.pdf>

UNESCO, 2014, *Rapport du CIB sur le principe de non-discrimination et de non-stigmatisation*. Paris, UNESCO. Disponible à l'adresse : <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002211/221196F.pdf>

UNESCO, 2016, *Living together in Inclusive societies: A challenge and a goal*. Paris, UNESCO. Disponible à l'adresse : http://www.unesco.org/new/en/media-services/single-view/news/living_together_in_inclusive_societies_a_challenge_and_a_goal/#.Vy-e2oThBxA

Union africaine (UA), 1981, *Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples (Charte de Banjul)*. Banjul, Commission africaine des droits de l'Homme et des peuples. Disponible à l'adresse : http://www.achpr.org/files/instruments/achpr/achpr_instr_charter_fra.pdf

UA, 2003, *Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique*. Banjul, Commission africaine des droits de l'Homme et des peuples. Disponible à l'adresse :

http://www.achpr.org/files/instruments/women-protocol/achpr_instr_proto_women_fra.pdf

Union européenne (UE), 2012, *Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne*, Journal officiel de l'Union européenne (en ligne). Disponible à l'adresse :

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT>

Unite For Sight, n.d. *Module 11: Cross-Cultural Understanding* (en ligne). Disponible à l'adresse : www.uniteforsight.org/refugee-health/module11

Wild, V., Zion, D., et Ashcroft, R., 2015, « Health of Migrants: Approaches from a Public Health Ethics Perspective », *Public Health Ethics Journal*, vol. 8, n°2, pp. 107-109.

Zetter, R., 1991, « Labeling Refugees : Forming and Transforming a Bureaucratic Identity », *Journal of Refugee Studies*, vol. 4, n°1, p. 39-62. DOI : 10.1093/jrs/4.1.39.