



Assemblée générale

Distr. générale
15 mai 2013
Français
Original: anglais

Conseil des droits de l'homme

Vingt-troisième session

Point 3 de l'ordre du jour

Promotion et protection de tous les droits de l'homme, civils, politiques, économiques, sociaux et culturels, y compris le droit au développement

Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible, Anand Grover*

Résumé

Soumis conformément aux résolutions 15/22 et 6/29 du Conseil des droits de l'homme, le présent rapport est consacré à des questions concernant le droit à la santé des travailleurs migrants. Il traite en particulier des travailleurs migrants peu qualifiés ainsi que des travailleurs en situation irrégulière et met en évidence la responsabilité incombant aux États ainsi qu'aux acteurs non étatiques de respecter, protéger et mettre en œuvre le droit à la santé des travailleurs migrants.

Le Rapporteur spécial examine en outre plusieurs questions de fond en la matière, à savoir: la responsabilité qu'a l'État d'origine d'assurer aux travailleurs migrants l'accès à l'information et d'encadrer l'activité des agences de recrutement; certaines préoccupations en lien avec le droit à la santé, en particulier des mesures de politique migratoire, comme l'examen médical obligatoire, la détention et l'expulsion des travailleurs migrants en situation irrégulière ou des travailleurs migrants ayant un problème de santé particulier; l'accès aux installations, biens et services sanitaires, en particulier pour les travailleurs migrants en situation irrégulière; les branches d'activité pourvoyeuses d'emplois en général délaissés par la population locale et considérés dégradants; la santé mentale des travailleurs migrants; la question des travailleuses migrantes et de leur droit à la santé sexuelle et procréatrice.

Le Rapporteur spécial conclut son rapport par une série de recommandations visant à faire respecter, à protéger et à mettre en œuvre le droit à la santé reconnu à tous les travailleurs migrants afin qu'ils puissent l'exercer.

* Soumission tardive.



Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction.....	1–5	3
II. Cadre conceptuel.....	6–18	4
A. Obligations de l'État.....	11–12	5
B. Participation.....	13–15	6
C. Obligation de rendre compte.....	16–18	7
III. Questions particulières.....	19–75	7
A. Obligations des États avant le départ.....	19–27	7
B. Mesures de politique migratoire.....	28–37	10
C. Accès aux installations, biens et services sanitaires.....	38–45	13
D. Emplois salissants, dangereux et dégradants et santé au travail.....	46–61	16
E. Santé mentale.....	62–69	21
F. Femmes et santé sexuelle et procréatrice.....	70–75	23
IV. Conclusion et recommandations.....	76	25

I. Introduction

1. Les flux internationaux contemporains de travailleurs migrants ont pour moteur la mondialisation et les politiques économiques néolibérales favorables à la déréglementation du marché du travail, en particulier des flux de main-d'œuvre peu qualifiée bon marché¹. Selon les estimations, 105 millions de personnes travaillent actuellement hors du pays où elles sont nées². Les rapatriements de fonds effectués par les travailleurs migrants, dont le montant total dépasse celui de l'aide publique aux pays en développement³, contribuent grandement à la croissance des revenus des ménages et améliorent des déterminants fondamentaux de la santé, comme le logement et l'éducation. L'impact du processus migratoire sur la santé des travailleurs migrants peut être considérable et, si ce processus est mal géré, contrebalancer les avantages économiques et sociaux en découlant.

2. Le présent rapport traite de l'exercice du droit à la santé par les personnes qui ont migré d'un pays (l'État d'origine) vers un autre (l'État d'accueil) pour y exercer une activité rémunérée et qui y travaillent dans des branches employant une main-d'œuvre peu qualifiée ou semi-qualifiée. Le rapport est consacré aux travailleurs migrants car, du fait des agences de recrutement, de l'exigence d'un dépistage obligatoire et de conditions travail néfastes à leur santé, ils sont victimes de violations graves de leur droit à la santé nécessitant donc une étude distincte. D'autres groupes de migrants, dont les réfugiés, éprouvent des difficultés similaires pour accéder aux soins de santé dans les États d'accueil et l'analyse peut donc être étendue à tous les groupes de migrants. Certaines personnes migrent en recourant aux circuits officiels, d'autres à des circuits informels et d'autres encore en combinant les deux. Le terme «irrégulier» est appliqué aux travailleurs migrants qui vivent ou travaillent sans autorisation dans le pays d'accueil, tandis que le terme «régulier» est appliqué aux travailleurs migrants qui ont l'autorisation de vivre et d'exercer une activité dans le pays d'accueil. Le rapport porte une attention particulière aux secteurs du bâtiment, du travail domestique, du travail sexuel et de l'agriculture, autant d'exemples d'emplois salissants, dangereux et dégradants (emplois SDD) souvent occupés par des travailleurs migrants.

3. Au début du processus migratoire, les travailleurs migrants sont en assez bonne santé⁴. Les circonstances complexes et diverses auxquelles ils sont exposés aux différents stades de la migration peuvent les rendre très vulnérables à une dégradation de leur santé physique et mentale, nuisant à l'exercice d'autres de leurs droits⁵. Ainsi, au cours du voyage vers leur pays de destination, les migrants en situation irrégulière peuvent être confrontés à des conditions périlleuses compromettant leur santé, par exemple être entassés ou cachés sur des bateaux ou des camions⁶. Au cours de ce voyage ils risquent en outre de subir des

¹ Le Mode 4 de l'Accord général sur le commerce des services, par exemple, vise à ouvrir les frontières au commerce des services sans pour autant imposer aux États de garantir la protection des travailleurs migrants. Voir Tomer Brode, «The WTO/GATS Mode 4, International Labour Migration Regimes and Global Justice», Research paper No. 7-07 (mai 2007), p. 28.

² Organisation internationale pour les migrations (OIM), page web de la migration économique, disponible à l'adresse: <http://www.iom.int/cms/fr/sites/iom/home/what-we-do/labour-migration.html>.

³ Banque mondiale, Migration and Development Brief 19 (2012), p. 1.

⁴ A/HRC/14/30, par. 23.

⁵ OIM, «La santé dans le contexte migratoire – un bénéfice partagé par toutes les parties» (2004), document MC/INF/275.

⁶ OIM, «La migration: un déterminant social de la santé des migrants», Document de fond (2006), p. 8, disponible à l'adresse: <http://www.migrant-health-europe.org/files/FINAL%20DRAFT%20-%20IOM%20SDH.pdf>.

violences physiques et sexuelles⁷. L'absence ou l'insuffisance de soins de santé durant le voyage et dans les pays de transit peut en outre aggraver les conséquences d'une maladie, en particulier d'une maladie non transmissible qui n'est pas traitée⁸. Les camps dans les pays de transit⁹ et les retours volontaires assistés vers l'État d'origine¹⁰ peuvent aider à réduire la vulnérabilité en termes de santé des travailleurs migrants en situation irrégulière.

4. Les nécessités économiques, le défaut d'information et la faiblesse de leur degré d'instruction et de qualifications drainent les travailleurs migrants vers des emplois dangereux et mal réglementés dits «SDD». L'absence de mesures efficaces de protection des droits des travailleurs migrants dans ces branches – conjuguée à leur exploitation par des agences de recrutement, des intermédiaires et des employeurs sans scrupules – fait que ces travailleurs sont confrontés à des conditions de travail et de vie qui contrarient la pleine mise en œuvre de leur droit à la santé du travail.

5. Les différences d'ordre culturel et la barrière de la langue peuvent accentuer la vulnérabilité des travailleurs migrants dans l'État d'accueil, en particulier en l'absence de réseaux de soutien familial ou social. Les obstacles juridiques ou liés à l'information et à l'emploi qui entravent l'accès aux installations, biens et services sanitaires accentuent eux aussi cette vulnérabilité. Les difficultés que rencontrent les migrants en situation irrégulière sont encore plus grandes car ils ont un accès moindre, voire aucun, aux prestations de soins de soins de santé, à la protection prévue par la législation concernant la santé et la sécurité au travail et aux voies de recours, tout en étant exposés en permanence au risque de détention et d'expulsion. Les lois établissant un lien entre contrôle de l'immigration et système de santé sont particulièrement préjudiciables en ce qu'elles font directement obstacle à l'accès aux soins de santé et perpétuent la discrimination et la stigmatisation au lieu de promouvoir l'inclusion sociale.

II. Cadre conceptuel

6. Le cadre relatif au droit à la santé a pour principal fondement l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, qui consacre le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint. Dans son observation générale n° 14, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels examine et interprète le droit à la santé. Il y demande aux États de respecter, garantir et réaliser le droit à la santé de chacun, y compris les travailleurs migrants. Les États sont en outre tenus d'améliorer les déterminants fondamentaux de la santé – qui constituent des préalables à la réalisation du droit à la santé – notamment l'éducation, une alimentation nourrissante, de l'eau potable, des moyens d'assainissement adéquats et des conditions de travail et de vie sûres et saines. La migration doit être considérée comme un déterminant fondamental car la phase avant départ de l'État d'origine et la phase réinsertion dans ledit pays ainsi que les phases arrivée, séjour et intégration dans l'État d'accueil influent sur la santé du travailleur migrant.

7. Les droits des travailleurs migrants sont expressément consacrés par plusieurs instruments juridiques internationaux. La Convention internationale de 1990 sur la

⁷ OIM, *Migrants' needs and vulnerabilities in the Limpopo Province, Republic of South Africa*, Report on Phase Two, February-March 2009 (2009).

⁸ OMS, *Santé des migrants*, (avril 2008), document A/61/12, par. 17, consultable à l'adresse: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_12-fr.pdf.

⁹ OIM, *Santé des migrants*, Rapport sur les activités de l'OIM en 2011 (2011).

¹⁰ OIM, *Tanzania's Mixed Migration Unit*, prospectus, consultable à l'adresse: <http://www.iom.int/files/live/sites/iom/files/Country/docs/IOM-Info-Sheet-MMU-221012-Final.pdf>.

protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille énonce les droits des travailleurs migrants et des membres de leur famille au cours du processus de migration en différenciant les obligations des États aux différents stades du processus migratoire, à savoir le départ de l'État d'origine et le retour dans ledit État, le transit vers l'État d'accueil et l'emploi dans l'État d'accueil.

8. L'Organisation internationale du Travail (OIT) a adopté plusieurs conventions et recommandations imposant des obligations aux États¹¹ et certains devoirs aux agences de recrutement, en vertu desquelles il leur faut prendre des dispositions pour protéger les travailleurs migrants contre les abus et l'exploitation¹². L'OIT insiste sur la santé et à la sécurité des travailleurs migrants au travail et préconise des mesures en faveur de la réunification familiale¹³, laquelle peut avoir un effet positif sur la santé mentale des travailleurs migrants en leur apportant un soutien.

9. Dans la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la santé des migrants il est recommandé aux États de promouvoir des politiques de santé tenant compte des migrants, y compris en matière de diffusion d'information et de prestation de services, et de favoriser un accès équitable aux ressources de santé publique¹⁴.

10. Le cadre relatif au droit à la santé, en ce qu'il prescrit aux États de tenir compte du principe de non-discrimination dans tous les aspects de leurs politiques, ne tolère aucune distinction entre les travailleurs migrants en situation régulière et les travailleurs migrants en situation irrégulière, d'une part, et entre les travailleurs migrants et les travailleurs nationaux, de l'autre. Il va ainsi plus loin que la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille qui ne prévoit qu'en cas de nécessité urgente l'accès des travailleurs migrants en situation irrégulière aux installations, biens et services sanitaires¹⁵. Le principe de non-discrimination exige que les droits socioéconomiques, dont l'accès aux installations, biens et services sanitaires, puissent être exercés sur un pied d'égalité par les nationaux et les non-ressortissants, y compris les travailleurs migrants en situation irrégulière¹⁶.

A. Obligations de l'État

11. Donner effet au droit à la santé requiert des États qu'ils adoptent et mettent en œuvre une politique nationale de la santé qui repose sur des données empiriques et ne soit pas discriminatoire envers les non-ressortissants¹⁷ et qui réponde aux besoins des travailleurs migrants, tant en situation régulière qu'irrégulière, à tous les stades du processus migratoire, y compris avant le départ et au retour. Au titre de l'obligation leur incombant de

¹¹ Organisation internationale du travail (OIT), Convention sur l'égalité de traitement (Accidents du travail), 1925 (n° 19), Convention sur les travailleurs migrants (révisée), 1949 (n° 97), Convention sur l'égalité de traitement (Sécurité sociale), 1962 (n° 118), Convention sur les travailleurs migrants (dispositions complémentaires), 1975 (n° 143), Convention sur les travailleuses et travailleurs domestiques, 2011 (n° 189).

¹² OIT, Convention sur les agences d'emploi privées, 1997 (n° 181).

¹³ OIT, Recommandation sur les travailleurs migrants, 1975 (n° 151), par. 13.

¹⁴ Soixante et unième Assemblée mondiale de la Santé, Résolution sur la santé des migrants (24 mai 2008), document WHA61.17.

¹⁵ Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, art. 28.

¹⁶ Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, Recommandation générale n° 30 (2004) sur la discrimination envers les non-ressortissants, par. 29 et 36.

¹⁷ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 20 (2009) sur la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels, par. 38.

donner effet au droit à la santé les États devraient assurer aux travailleurs migrants, sur un pied d'égalité avec leurs nationaux, la disponibilité et l'accessibilité d'installations, de biens et de services sanitaires de qualité, dont les régimes d'assurance maladie en place.

12. Tout État impliqué dans le processus migratoire doit se conformer à l'obligation qui lui incombe de respecter, garantir et réaliser le droit à la santé de toutes les personnes relevant de sa juridiction, y compris les travailleurs migrants. Les États ont couramment recours à des mémorandums d'accord non contraignants et à des accords bilatéraux pour encadrer les flux de travailleurs dans certains couloirs migratoires et les modalités et conditions à respecter¹⁸. Le dispositif réglementaire fixé dans ces textes devrait être exécutoire et intégrer les principes du droit à la santé, en particulier la non-discrimination, l'autonomisation, la participation, la transparence et l'obligation de rendre compte pour les États aussi bien que pour les acteurs non étatiques.

B. Participation

13. La participation des communautés concernées aux processus décisionnels est une pièce maîtresse du cadre relatif au droit à la santé. Les États ne devraient pas appliquer de distinction fondée sur la nationalité ou le statut juridique¹⁹ et devraient porter une attention particulière aux groupes vulnérables, dont les travailleurs migrants peu qualifiés ou en situation irrégulière, pour les protéger contre toute violation de leurs droits par des tiers, comme les agences de recrutement privées, les intermédiaires et les employeurs.

14. Les États devraient donc assurer la participation des travailleurs migrants, y compris ceux en situation irrégulière, à la formulation, à la mise en œuvre, au suivi et à l'imposition des lois et des mesures de politique, y compris la négociation d'accords bilatéraux. Étant donné que les syndicats sont considérés comme essentiels pour promouvoir les droits des travailleurs²⁰, y compris le droit à la santé au travail²¹, les travailleurs migrants, qu'ils soient en situation régulière ou irrégulière, devraient être encouragés à se syndiquer ou à fonder des syndicats. Une participation effective, en particulier des travailleurs en situation irrégulière, suppose que les États prennent des mesures concrètes pour instaurer un environnement dans lequel ces groupes puissent participer sans avoir à craindre de sanctions. L'accès à des informations exactes et actuelles est un préalable à une participation judicieuse à la prise des décisions en lien avec la santé.

15. Les États, y compris les États d'accueil, devraient veiller à ce que les travailleurs migrants soient associés aux processus décisionnels et aux stratégies de sensibilisation, concernant en particulier l'accès aux services de santé. La participation permet de plus de sensibiliser les travailleurs migrants potentiels à des questions comme les facteurs de stress inhérents à la migration, les pratiques illégales en matière de recrutement, leurs droits dans les États d'origine et d'accueil et les obligations incombant aux employeurs étrangers²². La participation de la communauté aide à adapter les services de santé eu égard à la culture et à

¹⁸ OIT, Accord type sur les migrations temporaires et permanentes de travailleurs, y compris les réfugiés et personnes déplacées, Recommandation sur les travailleurs migrants (révisée), 1949 (n° 86), annexe.

¹⁹ Comité des droits économiques sociaux et culturels, observation générale n° 20, par. 36.

²⁰ Comité des droits économiques sociaux et culturels, observation générale n° 18 (2006) sur le droit au travail, par. 54.

²¹ A/HRC/20/15, par. 35.

²² CARAM Asia, *From Voices to Actions: Empowering Migrant Communities through Participatory Action Research* (2009), p. 60.

la langue des travailleurs migrants²³. Dans certains États, des organisations de la société civile ont associé des travailleurs migrants à des programmes de sensibilisation et d'orientation qui ont permis aux travailleurs migrants de recevoir des informations adaptées à leur culture et à leur langue²⁴, encourageant ainsi les initiatives communautaires.

C. Obligation de rendre compte

16. Le droit à la santé requiert que les États se dotent de mécanismes efficaces et accessibles permettant de faire rendre compte de leurs actes tous les titulaires d'obligations. Les non-ressortissants, dont les travailleurs migrants, ont eux aussi le droit d'avoir accès à des recours en cas de violation à leur encontre²⁵. Les États sont certes les titulaires principaux d'obligations au titre du droit à la santé, mais ils sont concurremment tenus de veiller à ce que les acteurs non étatiques, notamment les agences de recrutement et les employeurs, soient comptables de leurs actes en cas de violation du droit à la santé de travailleurs migrants.

17. La mise en œuvre de l'obligation de rendre compte doit s'inscrire dans un cadre réglementaire solide qui soit applicable à tous les secteurs d'emploi et soit assorti de mécanismes indépendants afin de rendre exécutoires les droits et d'en surveiller le respect. Un contrôle strict ne peut qu'encourager la transparence et dissuader toute exploitation, toute collusion et tous mauvais traitements à l'encontre des travailleurs migrants de la part des agences de recrutement, des employeurs et des pouvoirs publics²⁶.

18. Les États d'origine et d'accueil doivent en outre garantir aux travailleurs migrants des recours juridiques, par le canal de mécanismes quasi-judiciaires ou judiciaires, afin qu'ils puissent faire valoir leurs droits face aux acteurs étatiques et non étatiques. Les États doivent garantir aussi une réparation appropriée, sous forme d'indemnisation, de restitution ou de non-répétition, en cas de violation du droit à la santé. Cette réparation devrait englober des mesures provisoires, telles que des refuges pour les travailleuses et travailleurs domestiques victimes d'abus.

III. Questions particulières

A. Obligations des États avant le départ

Accès à l'information

19. La pleine réalisation du droit à la santé est fortement tributaire du respect par l'État de son obligation de veiller à la disponibilité et à l'accessibilité des informations pertinentes nécessaires pour éclairer la prise des décisions en matière de migration. Fournir des informations aux travailleurs migrants potentiels, en particulier sur leurs droits, est tout

²³ OIM, Thailand Mission, *Healthy Migrants, Healthy Thailand: A migrant health program model* (2009), p. 87, disponible à l'adresse: http://publications.iom.int/bookstore/free/Healthy_Migrants_Healthy_Thailand.pdf.

²⁴ Brahm Press (Raks Thai Foundation), *Migrant's Health and Vulnerability to HIV/AIDS in Thailand* (n.d.), p. 28, disponible à l'adresse: http://ns4439.ukserverhosting.net/dmdocuments/Migrant_health_and_HIV_vulnerability_in_Thailand_phamit.pdf.

²⁵ CERD, Recommandation générale n° 30, par. 18.

²⁶ Migrant Forum in Asia, *Labour Recruitment to the UAE: Gaps between policy and practice in Sri Lanka, Nepal, Bangladesh, and the Philippines* (2011).

aussi nécessaire afin de leur donner les moyens de faire face à l'éventualité d'abus et d'exploitation par des acteurs intervenant dans le processus migratoire.

20. Avant toute prise d'engagement de leur part, il faudrait fournir aux travailleurs migrants potentiels des informations sur les coûts afférents au processus migratoire, les agences de recrutement, les modalités et conditions de travail dans les pays d'accueil, ainsi que des renseignements sur ces pays, les éventuels risques et les avantages que présente la migration vers un pays particulier, les risques liés à la migration et à l'emploi et les moyens de s'en prémunir²⁷. Ces candidats doivent en outre être informés des dispositions en vigueur dans les États d'accueil, telles que l'obligation de passer un examen médical, le droit à des prestations de santé et l'accès aux services de santé. Au nombre des méthodes couramment utilisées pour diffuser ces informations figurent l'émission d'avertissements, la publication d'une liste d'agences agréés et d'une liste noire sur des sites Web et dans les journaux²⁸ et les campagnes d'information par le canal des médias²⁹.

21. Dans certains pays, des sessions d'orientation sont organisées à l'approche du départ pour préparer les travailleurs migrants à leur séjour dans le pays de destination³⁰ et les former à leur emploi³¹. Ces sessions doivent servir à communiquer aux travailleurs migrants des informations intelligibles sur leurs droits ainsi que sur les aspects liés à la santé, comme la prévention des maladies transmissibles, dont le sida, et les infrastructures de santé en place dans le pays de destination. Les sessions d'orientation avant départ sont essentielles pour faire connaître aux travailleurs migrants les droits qui sont les leurs dans l'État d'accueil et face à leur employeur³². Les sessions d'orientation avant départ doivent aussi servir à diffuser des informations sur les recours, dont la protection consulaire, disponibles en cas d'abus, d'exploitation ou d'autres violations de leurs droits³³. Les États devraient s'assurer de l'exactitude et de la pertinence des informations communiquées lors des sessions d'orientation avant départ, y compris celles organisées par des acteurs privés.

22. Les travailleurs migrants rentrés dans leur pays et les organisations s'occupant des travailleurs migrants devraient être encouragés à tenir des séances d'information et de formation pour sensibiliser les travailleurs migrants en partance à la situation et à la vie auxquelles ils peuvent s'attendre dans leur État d'accueil et aux recours à leur disposition en cas d'abus, d'exploitation et de détresse³⁴. Il est toutefois courant que les sessions d'orientation avant départ ne soient organisées que peu de temps avant le départ³⁵, ce qui laisse trop peu de temps aux travailleurs migrants pour assimiler les informations reçues. Les sessions d'orientation et de formation avant départ doivent donc être conçues et conduites de sorte que les travailleurs migrants assimilent un maximum d'informations.

²⁷ OIT, Protéger les droits des travailleurs migrants: une responsabilité partagée (2009), p. 7.

²⁸ Philippines Overseas Employment Administration, Status of Recruitment Agencies, consultable à l'adresse: <http://www.poea.gov.ph/cgi-bin/aglist.asp?mode=all>.

²⁹ Development Research Centre on Migration, Globalisation and Poverty, Information Campaigns on Safe Migration and Pre-Departure training (2008), p. 22.

³⁰ Farooq Azam, «Public Policies to Support International Migration in Pakistan and the Philippines», Arusha Conference, *New Frontiers of Social Policy* (12-15 décembre 2005).

³¹ A.K. Masud Ali, *Pre-departure Orientation Programme: Study of Good Practices in Asia, A comparative Study of Bangladesh, the Philippines and Sri Lanka* (n.p., n.d.), p. 88.

³² OIT, *Cadre multilatéral pour les migrations de main-d'œuvre: Principes et lignes directrices non contraignants pour une approche des migrations de main-d'œuvre fondée sur les droits* (2006), Lignes directrices 12.

³³ Ibid., Lignes directrices 12.8.

³⁴ OIM, *Migrant Resource Centres, An Initial Assessment*, IOM Migration Research Series No. 40, (2010), consultable à l'adresse: http://publications.iom.int/bookstore/free/MRS_40.pdf.

³⁵ A.K. Masud Ali, *Pre-departure Orientation Programme*, p. 104 (voir note de bas de page 31).

Pour faciliter l'intégration des travailleurs migrants dans les pays d'accueil, il faut en outre y organiser des sessions d'orientation après arrivée pour approfondir et mettre en contexte les informations reçues durant les sessions avant départ³⁶.

Réglementation des agences de recrutement

23. Les États sont tenus de protéger le droit à la santé des personnes contre l'ingérence de tierces parties. Les agences de recrutement, pour la plupart des entreprises privées, sont en général le premier point de contact du processus migratoire légal officiel pour les travailleurs migrants peu qualifiés, dont beaucoup sont pauvres et analphabètes. Ces agences fournissent aux travailleurs migrants, contre rémunération, des informations sur les possibilités d'emploi et les conditions de vie et de travail dans les pays de destination. Elles rassemblent les documents requis pour migrer, jouant ainsi un rôle central dans l'orientation des travailleurs migrants aux stades essentiels de la migration³⁷. La dépendance des travailleurs migrants à l'égard des agences de recrutement les expose à une exploitation et à des abus de leur part et il faut donc que les États d'origine réglementent ces agences.

24. Pour protéger le droit à la santé des travailleurs migrants, il est essentiel que les États exercent un contrôle sur les agences de recrutement et leur fassent rendre compte de leurs actes. Les États peuvent exercer ce contrôle sur les agences de recrutement par la voie législative en leur imposant l'obligation d'obtenir une licence, de présenter régulièrement des rapports d'activité et de se soumettre à un contrôle et à des inspections indépendants³⁸. Un contrôle est nécessaire aussi pour éviter que des agences de recrutement illégales ne se lancent sur le marché et exploitent les travailleurs migrants³⁹.

25. Dans le souci de prévenir l'exploitation, les États doivent veiller à ce que dans les contrats de travail écrits figurent des clauses sur des éléments comme les déterminants fondamentaux de la santé, dont la santé au travail, l'accès aux installations, biens et services sanitaires, l'indemnisation en cas d'accident ou de décès lié à l'emploi ainsi que des mécanismes de règlement des différends⁴⁰.

26. Certains États interdisent aux agences de recruter des travailleurs ou une catégorie de travailleurs, dont les travailleurs domestiques, pour les envoyer travailler dans des pays ou pour des employeurs dont il est notoire qu'ils n'assurent en général pas à leurs travailleurs migrants des périodes de repos et de sommeil adéquates, une alimentation nourrissante et des soins médicaux suffisants⁴¹. Pareilles dispositions étant toutefois susceptibles de pousser des travailleurs migrants à recourir à des filières plus risquées pour accéder à un emploi à l'étranger, les États d'origine doivent veiller à ce que leurs accords

³⁶ Farooq Azam, *Public Policies to Support International Migration*, p. 107 (voir note de bas de page 30); OIT, *Cadre multilatéral pour les migrations de main-d'œuvre*, lignes directrices 12.1 et 12.2 (voir note de bas de page 32).

³⁷ Dovelyn Rannveig Agunias, *Migration's Middlemen: Regulating Recruitment Agencies in the Philippines – UAE Corridor*, (2010).

³⁸ Comité pour la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (CMW), observation générale n° 1 (2010) sur les travailleurs domestiques migrants, par. 34; BIT, *Guide pour les agences d'emploi privées: réglementation, contrôle et application* (2007), p. 13.

³⁹ Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe (OSCE), OIT, OIM, *Handbook on Establishing Effective Labour Migration Policies in Countries of Origin and Destination* (2006).

⁴⁰ OIT/BIT, *Guide pour les agences d'emploi privées*, p. 26 (voir note de bas de page 38); Farooq Azam, *Public Policies to Support International Migration*, p. 11 (voir note 30).

⁴¹ Philippines Commission on Audit, *Sectoral Performance Audit Report on the Overseas Workers' Welfare Program of the Government (CYs 2005 and 2006)* (Quezon City, 2008), p. 24 à 25, voir www.coa.gov.ph/GWSPA/GWSPA.htm.

bilatéraux avec des États d'accueil prévoient de solides mesures de protection et mécanismes exécutoires contre les abus et l'exploitation.

27. Les États devraient veiller à ce que les travailleurs migrants aient accès à des recours juridiques, dont l'indemnisation, quand une agence de recrutement a concouru à violer leurs droits ou ne s'est pas conformée à la législation ou à la politique nationale⁴².

B. Mesures de politique migratoire

28. Certaines mesures de politique migratoire, dont l'obligation de se soumettre à un examen médical, la détention et l'expulsion, en particulier quand ces mesures sont inscrites dans un accord bilatéral entre États, requièrent l'intervention de l'État d'origine et de l'État d'accueil pour être appliquées. De telles mesures, dont celles prévues dans des accords bilatéraux, doivent être conformes à l'obligation incombant à l'État d'origine et à l'État d'accueil de respecter, garantir et réaliser le droit à la santé des travailleurs migrants.

Obligation de subir un examen médical

29. Au titre de leur politique migratoire, beaucoup d'États d'accueil imposent aux travailleurs migrants l'obligation de subir un examen médical pour le dépistage de certaines maladies, dont le VIH/sida⁴³ et la tuberculose⁴⁴, ou de la grossesse⁴⁵. Un bon nombre de pays ont assoupli leurs restrictions au voyage liées au VIH, mais plus d'une quarantaine continuent à imposer un test obligatoire de dépistage du VIH pour l'obtention d'un titre de résidence ou de travail⁴⁶, notamment aux travailleurs migrants peu qualifiés⁴⁷, ce au mépris de l'engagement pris par les États de se doter d'une législation éliminant toutes les formes de discrimination envers les personnes qui vivent avec le VIH⁴⁸ et des recommandations contre l'imposition de tout dépistage obligatoire aux travailleurs migrants⁴⁹.

30. La protection et la préservation de la santé et des ressources publiques sont les principaux motifs qu'avancent les États d'accueil pour justifier l'obligation de subir un examen médical⁵⁰. Le dépistage obligatoire, en particulier du VIH, constitue une violation du droit à la santé tout en allant à l'encontre du souci de santé public. En effet, le dépistage

⁴² OIT, *Cadre multilatéral pour les migrations de main-d'œuvre*, Lignes directrices 10 (voir note de bas de page 32).

⁴³ Bureau sous-régional de l'OIT pour l'Asie de l'Est et OIM, *Mandatory HIV testing for employment of migrant workers in eight countries of South-East Asia: From discrimination to social dialogue*, (2009), disponible à l'adresse: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1758-2652-13-2.pdf>.

⁴⁴ John Welshman et Alison Bashford, «Tuberculosis, migration, and medical examination: lessons from history», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, n° 4 (avril 2006), p. 282 à 284.

⁴⁵ Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), *HIV Vulnerabilities of Migrant Women: from Asia to the Arab States, Shifting from silence, stigma and shame to safe mobility with dignity, equity and justice* (2008), p. 32.

⁴⁶ UNAIDS, HIV-related restriction on entry, stay and residence (juillet 2012), consultable à l'adresse: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2012/20120724CountryList_TravelRestrictions_July2012.pdf; Jeffrey V. Lazarus et autres, «HIV-related restrictions on entry, residence and stay in the WHO European Region: a survey», *Journal of the International AIDS Society*, vol. 13, n° 2 (janvier 2010).

⁴⁷ Joseph J. Amon et Katherine Wiltenburg Todrys, «Fear of Foreigners: HIV-related restrictions on entry, stay, and residence», *Journal of the International AIDS Society*, vol. 11, n° 8 (décembre 2008).

⁴⁸ Résolution 65/277 de l'Assemblée générale, par. 79.

⁴⁹ Voir la Recommandation de l'OIT concernant le VIH et le sida et le monde du travail, 2010 (n° 200).

⁵⁰ Richard Coker, «Migration, public health and compulsory screening for TB and HIV», document de travail I sur le droit de l'asile et la migration (Institute for Public Policy Research, 2003).

obligatoire est effectué sans tenir compte de la fenêtre sérologique dont dépend la fiabilité du test⁵¹. En outre, en cas de résultats faussement négatifs, les personnes peuvent s'adonner à des pratiques sexuelles à risque et exposer ainsi leurs partenaires sexuels à un risque accru⁵². Des résultats faussement positifs peuvent entraîner des traumatismes psychologiques chez les travailleurs migrants, eu égard à la stigmatisation associée à certains états de santé. Vu que ces tests conditionnent tant leur migration depuis l'État d'origine que leur séjour dans l'État d'accueil, les travailleurs migrants sont enclins de surcroît à se soustraire au dépistage, à falsifier des documents ou même à arrêter leur traitement⁵³, occultant ainsi leur maladie. Le dépistage obligatoire n'assure en outre pas de protection contre les maladies transmissibles une fois les travailleurs migrants arrivés dans l'État d'accueil.

31. Le dépistage obligatoire est aussi incompatible avec le droit à la santé en ce qu'il est effectué sans recueillir le consentement éclairé de l'intéressé et porte atteinte aux droits à l'autonomie, à la vie privée, à la dignité et à la confidentialité des informations relatives à la santé⁵⁴. Les restrictions au droit à la santé et au principe du consentement éclairé, y compris pour des raisons de santé publique, doivent reposer sur des preuves scientifiques, constituer l'alternative raisonnablement disponible la moins limitative et respecter la dignité, les droits et les libertés de l'être humain⁵⁵.

32. La législation de certains États d'origine prohibe le dépistage obligatoire, mais les travailleurs migrants en partance vers un État d'accueil qui lie l'attribution d'un permis de travail à un travailleur migrant à l'obligation de dépistage doivent s'y soumettre⁵⁶. Les dispositions des États d'accueil imposant un dépistage obligatoire peuvent en outre être discriminatoires si elles s'appliquent aux travailleurs migrants voulant s'y rendre mais pas à leurs compatriotes, tels que touristes ou même diplomates, en pareille situation⁵⁷.

33. Les résultats des tests sont en outre transmis aux employeurs ou aux agences de recrutement sans le consentement du travailleur migrant⁵⁸, ce qui est attentatoire à l'obligation de confidentialité et contraire aux recommandations internationales⁵⁹. Les protocoles de conseil avant et après dépistage ne sont de plus pas toujours appliqués, même si la loi l'exige⁶⁰. Une approche fondée sur le droit à la santé requiert de considérer le conseil, le dépistage et le traitement volontaire comme un processus continu de prestation de soins de santé⁶¹. Les travailleurs migrants testés séropositifs au HIV peuvent demeurer en situation irrégulière, ce qui les rend plus vulnérables à des abus par les employeurs et

⁵¹ Voir A/64/272.

⁵² Phillip Nieburg et autres, «Moving Beyond the U.S. Government Policy of Inadmissibility of HIV-Infected Noncitizens», A Report of the CSIS Task Force on HIV/AIDS (mars 2007), p. 6.

⁵³ Irving E. Salit et autres, «Travel patterns and risk behaviour of HIV-positive people travelling internationally», *Journal de l'association médicale canadienne*, vol. 172, n° 7 (mars 2005), p. 884 à 888.

⁵⁴ A/64/272.

⁵⁵ Ibid., par. 30 et 31.

⁵⁶ OIT et OIM, *Mandatory HIV testing*, p. 55 (voir la note de bas de page 43).

⁵⁷ John Welshman and Alison Bashford, «Tuberculosis, migration, and medical examination», p. 282 (voir note de bas de page 44); Immigration New Zealand, «General Medical Certificate», disponible à l'adresse: <http://www.immigration.govt.nz/NR/rdonlyres/DE431E92-0ADE-4B5F-81F9-18DF08E5B2EA/0/INZ1007November2012.pdf>.

⁵⁸ ACHIEVE et CARAM, *Health at Stake: Access to Health of Overseas Filipino Workers*, 2005 Report (2006), p. 16.

⁵⁹ OMS, ONUSIDA, *Guidelines for using HIV Testing Technologies in Surveillance: Selection, Evaluation and Implementation* (2001), document WHO/CDS/CSR/EDC/2001.16-UNAIDS/01.22E.

⁶⁰ CARAM Asia, *State of Health of Migrants 2007: Mandatory testing* (2007), p. 41.

⁶¹ A/64/272, par. 93.

amoindrit leurs chances d'accès à un traitement médical. Les femmes enceintes peuvent être tentées de recourir à un avortement illégal pour éviter l'expulsion⁶². Le dépistage obligatoire stigmatise les personnes expulsées au motif qu'elles ont été testées positives.

Détention et expulsion

34. Les États d'accueil invoquent souvent la santé publique pour détenir et expulser des travailleurs migrants ayant des problèmes de santé comme le VIH/sida, l'hépatite C ou l'hépatite B⁶³. Les mesures de politique migratoire liées à l'état de santé sont contraires aux éléments du droit à la santé que sont la confidentialité, le conseil et l'orientation.

35. Pour être qualifiée d'exception au motif de la santé publique, il faut qu'une restriction soit: prévue par un texte de loi; strictement nécessaire; d'une durée aussi courte que possible; étayée par des preuves scientifiques; le moyen le moins restrictif possible. Il existe des mesures non privatives de liberté moins restrictives que la détention⁶⁴ et le législateur doit donc préférer l'isolement à la détention et ne le prévoir qu'en dernier ressort s'il est indispensable, en particulier dans le cas des maladies transmissibles⁶⁵.

36. Les centres de détention sont souvent surpeuplés, les règles élémentaires d'hygiène n'y sont pas respectées, les aliments servis ne sont pas nourrissants et l'approvisionnement en eau laisse à désirer. Certains centres ont été qualifiés de lieux d'abus et de violence envers les travailleurs migrants⁶⁶. La longueur du séjour et les mauvaises conditions de vie dans les centres de détention favorisent la propagation des maladies transmissibles et peuvent avoir un effet dévastateur sur la santé mentale des travailleurs migrants détenus⁶⁷. Certains centres seraient dépourvus de services de santé et dans d'autres ces services seraient difficiles d'accès et de mauvaise qualité, ce qui est particulièrement inquiétant dans le cas de travailleurs migrants détenus au motif de leur état de santé⁶⁸. Des travailleurs migrants détenus vivant avec le VIH ont été stigmatisés et harcelés suite à la divulgation de leur état de santé, au mépris de la confidentialité⁶⁹. Les États qui s'obstinent à recourir à la détention pour violation de la législation relative à l'immigration devraient, au minimum, assurer aux détenus des conditions de vie adéquates et des examens médicaux avec recueil

⁶² Human Rights Watch (HRW), *Singapore - Maid to Order: Ending Abuses against Migrant Domestic Workers in Singapore*, vol. 17, n° 10 (C) (décembre 2005), p. 92.

⁶³ Sevil Sönmez and others, «Human rights and health disparities for migrant workers in the UAE», *Health and Human Rights*, vol. 13, n° 2 (2011); UNAIDS, *The impact of HIV-related restrictions on entry, stay and residence: an annotated bibliography* (2009), p. 5.

⁶⁴ A/HRC/13/30, par. 52 à 61; Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Vélez Loor c. Panama*, arrêt du 23 novembre 2010; A/HRC/20/24, p. 4.

⁶⁵ OMS, «Lignes directrices sur les droits humains et le traitement involontaire de la tuberculose ultrarésistante» (2007).

⁶⁶ Fédération internationale des droits de l'homme et Suara Rakyat Malaysia, «Undocumented migrants and refugees in Malaysia: Raids, Detention and Discrimination», n° 489/2 (mars 2008); HRW, *Ukraine - On the Margins: Rights Violations against Migrants and Asylum Seekers at the New Eastern Border of the European Union* (novembre 2005).

⁶⁷ A/HRC/14/20/Add.4, par. 92; Cathy Zimmerman, Ligia Kiss et Mazeda Hossain, «Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making», *PLOS Medicine*, vol. 8, n° 5 (mai 2011), p. 1 à 6.

⁶⁸ HRW, *Discrimination, Denial and Deportation, Human Rights Abuses Affecting Migrants Living with HIV*, (juin 2009).

⁶⁹ HRW, *United States - Chronic Indifference: HIV/AIDS Services for Immigrants Detained by the United States*, vol. 19, n° 5 (G) (décembre 2007).

du consentement et mettre à la disposition des détenus des services de santé physique et mentale de qualité respectueux de la confidentialité et accessibles en temps voulu⁷⁰.

37. Leur hantise de la détention et de l'expulsion tend à dissuader les travailleurs migrants de solliciter des soins de santé⁷¹, ce qui peut nuire à leur santé et à la santé de l'ensemble la population et affaiblit la validité du motif de santé publique invoqué pour justifier la détention et l'expulsion. Les employeurs peuvent de plus détourner la législation prévoyant la détention et l'expulsion pour exploiter les travailleurs migrants⁷². La crainte de la détention et de l'expulsion accentue la vulnérabilité des travailleurs migrants et les met dans l'incapacité de jouir du droit à la santé et de ses déterminants fondamentaux. Pour donner effet au droit des travailleurs migrants à la santé, les États devraient s'efforcer de définir des modalités de détention plus respectueuses du droit à la santé⁷³. En outre, à défaut d'être orientés vers des services de conseil et de soins, les travailleurs migrants expulsés vers leur pays d'origine risquent là aussi d'éprouver des difficultés à accéder aux installations, biens et services sanitaires.

C. Accès aux installations, biens et services sanitaires

Discrimination

38. Assurer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des installations, biens et services sanitaires sans discrimination, en particulier pour des populations vulnérables comme les travailleurs migrants, est une obligation fondamentale au titre du droit à la santé. Le principe de non-discrimination veut que les travailleurs migrants, qu'ils soient en situation régulière ou irrégulière, bénéficient sur un pied d'égalité des droits et libertés reconnus aux nationaux de l'État où ils résident. Dans de nombreux pays d'accueil l'accès des travailleurs migrants aux soins se heurte toutefois aux mesures restrictives de politique migratoire et au fait que la population les perçoit comme «indignes d'attention», en particulier ceux en situation irrégulière⁷⁴. Suite à la crise économique mondiale et aux mesures d'austérité connexes, les États ont adoptés des dispositions législatives limitant les prestations de soins de santé auxquelles les travailleurs migrants avaient droit auparavant⁷⁵. Ces limitations sont contraires à l'obligation incombant aux États de s'abstenir de prendre des mesures régressives ayant des répercussions sur la santé.

39. Une répartition équitable des installations, biens et services sanitaires est nécessaire pour que les plus vulnérables ne soient pas confrontés à des obstacles insurmontables. Il est regrettable que de nombreux États se soient dotés de dispositions législatives discriminatoires qui contrarient grandement la prestation de soins de santé aux travailleurs migrants, en particulier à ceux en situation irrégulière⁷⁶. Même dans les pays où la loi fait

⁷⁰ Résolution de l'assemblée générale 43/173, annexe, principes 24 à 25.

⁷¹ FACHC, *Farmworkers in the Southeast: Alabama, Florida, Georgia, Mississippi* (novembre 2011), disponible à l'adresse: <http://www.fachc.org/pdf/Farmworkers%20in%20the%20Southeast.pdf>.

⁷² HRW, *For a Better Life: Migrant Worker Abuse in Bahrain and the Government Reform Agenda* (octobre 2012).

⁷³ Lutheran Immigration and Refugee Service, *Unlocking liberty: A way forward for U.S. immigration detention policy* (n.d.).

⁷⁴ Sarah Willen, «Migration, “illegality” and health: Mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness», *Social Science & Medicine*, vol. 74, Iss. 6 (mars 2012), p. 805 à 811.

⁷⁵ OIM, «Health in the Post-2015 Development Agenda: The importance of migrants' health for sustainable and equitable development», Position paper (2012), p. 4.

⁷⁶ Plateforme pour la coopération internationale sur les sans-papiers (PICUM), *Accès à la santé pour les sans-papiers en Europe* (2007), p. 7.

obligation aux employeurs d'assurer une couverture médicale à leurs travailleurs, cette couverture peut ne porter que sur les services de base et son effectivité être contrôlée avec laxisme par les autorités⁷⁷. Les travailleurs migrants sont donc contraints de payer pour avoir accès à des soins de santé, y compris des soins d'urgence, et les dépenses ainsi encourues sont parfois démesurées par rapport à leurs revenus⁷⁸.

40. Le principe d'accès sans discrimination est contrarié là où les travailleurs migrants en situation irrégulière ne sont pas autorisés à accéder aux services de soins de santé non urgents. Les troubles mentaux, notamment, sont rarement considérés comme un problème de santé urgent⁷⁹. De ce fait, la mise en œuvre des garanties minimales en matière de santé présente des carences inacceptables pour ce qui est des travailleurs migrants en situation irrégulière⁸⁰. Refuser l'accès aux soins de santé tant qu'il n'y a pas d'urgence contrevient au droit à la santé et est insensé⁸¹ car il en résulte des coûts sanitaires et financiers à plus long terme pour les travailleurs migrants et la société.

41. Les mesures liant l'accès aux systèmes de santé à un contrôle migratoire sont discriminatoires envers les migrants en situation irrégulière. Dans certains pays, les prestataires de soins de santé sont tenus, sous peine de poursuites pénales, de signaler les migrants en situation irrégulière aux autorités de l'immigration⁸², ce qui peut aboutir à la détention et à l'expulsion de ces migrants. Au lieu de s'adresser aux circuits officiels de prestation de soins⁸³, les travailleurs migrants en situation irrégulière recourent donc à des options non sûres et illégales, ce qui les rend vulnérables aux abus et à l'exploitation et aggrave les risques pour leur santé.

Obstacles administratifs

42. Le droit à la santé fait obligation aux États de protéger les travailleurs migrants contre les agents non étatiques qui restreignent leur accès aux soins de santé. Les travailleurs migrants se voient souvent refuser l'accès aux services de santé, notamment aux services d'orientation spécialisés, au regard de critères de revenus et parfois faute de pouvoir présenter tous les documents requis⁸⁴. Les obstacles administratifs découlant de l'incertitude qui entoure le statut juridique des travailleurs migrants en situation irrégulière entravent souvent leur accès aux soins de santé⁸⁵. Des horaires d'ouverture limités ou le

⁷⁷ CARAM Asia, Submission to CMW for the development of a general comment on migrant domestic workers (28 août 2002), p. 5.

⁷⁸ PICUM, *Accès à la santé*, p. 8 (voir note de bas de page 76).

⁷⁹ *Ibid.*, p. 9.

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ Anahi Viladrich, «Beyond welfare reform: Reframing undocumented immigrants' entitlement to health care in the United States, a critical review», *Social Science & Medicine*, vol. 74, Iss. 6 (mars 2012), p. 824.

⁸² PICUM, *Accès à la santé*, p. 45 (voir note de bas de page 76).

⁸³ Heide Castañeda, «Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic», *Social Science & Medicine*, vol. 68, Iss. 8 (2009), p. 1559; IRIN, «South Africa: Migrants' health care hit by deportations», (Johannesburg, 20 décembre 2011), disponible à l'adresse: <http://www.irinnews.org/Report/94511/SOUTH-AFRICA-Migrants-health-care-hit-by-deportations>.

⁸⁴ Richard Mines and others, *Pathways to Farmworker Health Care*, Case Study No. 1: The East Coachella Valley, A baseline report of the Agricultural Worker Health Initiative (California Institute for Rural Studies, septembre 2002), p. 20 à 21; Médecins du monde, Observatoire européen de l'accès aux soins, *L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe*, Rapport sur l'enquête 2008 (septembre 2009), p. 69.

⁸⁵ PICUM, *Accès à la santé*, p. 8 (voir note de bas de page 76).

plafonnement du nombre des demandes à traiter⁸⁶, entre autres éléments, peuvent aussi entraver cet accès.

Obstacles linguistiques et culturels

43. Une approche fondée sur le droit à la santé impose aux États d'assurer aux travailleurs migrants, tant en situation régulière qu'irrégulière, l'accès à une éducation et à des informations concernant la santé qui soient adaptées à leur culture. Les mesures d'austérité anti-immigration adoptées par certains États ont entraîné une réduction des subventions affectées aux services d'interprétation et de traduction dans le cadre des services de santé⁸⁷. Les travailleurs migrants qui ne maîtrisent pas la langue locale risquent d'être désavantagés faute de pouvoir décrire leurs symptômes avec une précision suffisante pour permettre un diagnostic exact et un traitement de qualité⁸⁸. Des travailleurs migrants qui ne comprennent pas les informations et l'éducation disponibles concernant la santé risquent d'adopter par ignorance des comportements risqués en termes de santé. Les États devraient donc débloquent des crédits pour lever la barrière de la langue dans le cadre des services de santé en finançant le recours à des interprètes et en assurant une éducation et la diffusion d'informations concernant la santé dans les langues requises.

44. L'origine culturelle des travailleurs migrants peut influencer sur leur comportement en cas de besoin de soins de santé. Les incompréhensions culturelles et l'appréhension que suscitent des procédures étrangères aux traditions et à la culture de ces travailleurs font obstacle à leur accès aux soins⁸⁹. Les travailleurs migrants peuvent alors préférer s'adresser à des praticiens de leur médecine traditionnelle autochtone, qui comprennent mieux leurs maladies que les prestataires de soins de santé de l'État d'accueil – ces prestataires étant perçus comme culturellement inaptes à comprendre leurs problèmes de santé et, parfois, comme ayant une attitude raciste et donc discriminatoire⁹⁰.

Interruption du traitement

45. Assurer un accès continu et sans discrimination aux traitements et aux médicaments est un pan crucial du cadre relatif au droit à la santé. Les processus et pressions migratoires peuvent exposer les travailleurs migrants à un risque accru de contracter des maladies transmissibles, en particulier le VIH/sida⁹¹. Il faut donc veiller à ce que ces populations puissent avoir accès à un traitement continu tout au long du processus migratoire. Les données disponibles indiquent que l'interruption de traitement, le manque de suivi et l'échec thérapeutique sont des phénomènes qui touchent plus fortement les migrants que la population sédentaire⁹². Des États ont adopté un cadre au niveau régional, par exemple la Convention ibéro-américaine sur la sécurité sociale⁹³, et d'autres ont conclu des accords

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ OIM, «Health in the Post-2015 Development Agenda», p. 4 (note de bas de page 75).

⁸⁸ Solidaritas Perempuan, *State of Health of Indonesian Migrant Workers: Access to Health of Indonesian Migrant Workers*, rapport de 2005 (2006).

⁸⁹ European Health Management Association, «Barriers to Healthcare Services for Migrants», Policy Seminar Report (n.d.), consultable à l'adresse: <http://www.ehma.org/files/A2%20report-migrants.pdf>.

⁹⁰ Ibid., p. 24 à 26.

⁹¹ PNUD et Secrétariat de la Communauté du Pacifique, *Migration, Mobility and HIV: A rapid assessment of risks and vulnerabilities in the Pacific*, (avril 2010), p. 10 à 12.

⁹² Médecins Sans Frontières, *Providing antiretroviral therapy for mobile populations: Lesson learned from cross border ARV Programme in Musina, South Africa* (juillet 2012), p. 6, voir à l'adresse: http://www.msfaaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/HIV_AIDS/Docs/AIDS_report_ARTformobilepops_ENG_2012.pdf.

⁹³ La Convention est entrée en vigueur en 2011 après sa ratification par sept États.

bilatéraux concernant la sécurité sociale⁹⁴ afin d'assurer la «portabilité» de la protection sociale, notamment des prestations de maladie, entre les États d'origine et les États d'accueil, les travailleurs migrants pouvant alors bénéficier de ces prestations, sans considération de leur statut migratoire. Les États sont encouragés à adopter de telles approches pour l'accès aux traitements contre les maladies chroniques, dont le VIH/sida, afin d'optimiser les taux d'observance dans les État d'origine et d'accueil.

D. Emplois salissants, dangereux et dégradants et santé au travail

46. La santé au travail fait partie intégrante du droit à la santé. Les États devraient veiller à ce que la législation et les politiques relatives à la santé au travail contiennent des dispositions visant à faire face à la vulnérabilité particulière des migrants qui occupent des emplois salissants, dangereux et dégradants et assurer la mise en place, le suivi et le respect de ces dispositions⁹⁵. La vulnérabilité des travailleurs migrants occupant un emploi salissant, dangereux et dégradant peut être accentuée dans le cas des travailleurs migrants en situation irrégulière, qui, du fait de leur statut juridique, sont encore davantage en position de faiblesse pour négocier avec les employeurs sur leurs droits⁹⁶. L'application laxiste de la loi et les mécanismes du type parrainage en place dans certains pays favorisent aussi l'exploitation⁹⁷. Le permis de travail délivré à un migrant dans le cadre du parrainage ne l'autorise à travailler que pour un certain employeur et, dans quelques États, le parrainage permet à l'employeur de refuser la demande d'un travailleur migrant désirant changer d'employeur – demande pouvant être motivée par les conditions de travail abusives ou dangereuses imposées⁹⁸.

Bâtiment

47. Le secteur du bâtiment est dangereux par nature car il implique de travailler sur des échafaudages et des structures inachevées et d'utiliser des machines puissantes. Il a été constaté que les travailleurs migrants étaient plus fréquemment victimes de chutes que les autres travailleurs⁹⁹ et que les blessures aux mains provoquées par des outils électriques ainsi que les blessures aux yeux provoquées par des éclats de matériaux de construction subies par des travailleurs dépourvus de protection étaient aussi des phénomènes courants¹⁰⁰. Sous les climats chauds, coups de chaleur, épuisement, déshydratation et problèmes cardiaques liés à la chaleur sont des sujets d'inquiétude particulière, s'agissant en particulier des travailleurs contraints de travailler un nombre excessif d'heures¹⁰¹. Les violences physiques infligées par les employeurs, les logements surpeuplés et insalubres, le

⁹⁴ Robert Holzmann, Johannes Koettl et Taras Chernetsky, «Portability Regimes of Pension and Health Care Benefits for International Migrants: An Analysis of Issues and Good Practices», Social Protection Discussion Paper No. 051, (mai 2005), p. 4.

⁹⁵ Voir A/HRC/20/15, par. 5.

⁹⁶ Godfrey Kanyenze, «African migrant labour situation in Southern Africa», Document présenté à l'occasion de la conférence de la CISL-AFRO sur la migration du travail, Nairobi, 15-17 mars 2004.

⁹⁷ HRW, *Building a Better World Cup: Protecting Migrant Workers in Qatar ahead of FIFA 2022* (2012), p. 6; Simona M. Gallo Mosala, «The Work Experience of Zimbabwean Migrants in South Africa», Issues Paper No. 33, (ILO Sub-Regional Office for Southern Africa, 2008), p. 23.

⁹⁸ HRW, *Slow Movement: Protection of Migrants' Rights in 2009* (décembre 2009), p. 8.

⁹⁹ Xiuwen Dong and James W. Platner, «Occupational fatalities of Hispanic construction workers from 1992 to 2000», *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 45, Iss. 1 (janvier 2004), p. 50 et 51.

¹⁰⁰ Sevil Sönmez and others, «Human rights and health disparities», p. 5 (note de bas de page 63).

¹⁰¹ Ibid., p. 4.

non-paiement des salaires, la confiscation du passeport et les substitutions de contrat accroissent également les risques sanitaires pour les travailleurs du bâtiment¹⁰².

48. L'exercice du droit à un milieu de travail sain exige que les travailleurs reçoivent une formation sur site et soient dotés d'équipements de protection. Les migrants employés dans le bâtiment arrivent souvent sur le chantier sans avoir suivi de formation appropriée et sans être dotés d'équipement de protection suffisants, par exemple de filins de sécurité s'ils effectuent des travaux en hauteur¹⁰³. Il peut aussi arriver que les instructions ou la formation soient données dans une langue que les travailleurs migrants ne comprennent pas, ce qui peut être la cause de taux d'accidents et de décès au travail plus élevés¹⁰⁴.

49. Les États doivent garantir des voies de recours et de réparation aux travailleurs migrants blessés suite à des violations de leur droit à la santé au travail¹⁰⁵. Il est toutefois fréquent que les travailleurs migrants, surtout ceux en situation irrégulière, ne bénéficient pas des régimes d'assurance maladie ou d'indemnisation des travailleurs et en pâtissent¹⁰⁶. Les contrats de sous-traitance, qui prédominent dans le secteur du bâtiment, ne prévoient pas ce type de couverture contrairement à d'autres contrats¹⁰⁷. Pour les travailleurs grièvement blessés, le retour au pays, imposé ou volontaire, peut se traduire par l'administration de soins de santé de moins bonne qualité et l'impossibilité de demander des comptes aux titulaires d'obligations dans l'État dont ils ont été rapatriés.

Agriculture

50. Les travaux agricoles présentent des risques professionnels sanitaires particuliers. Ainsi, un lien a été établi entre l'exposition aux pesticides et à d'autres produits chimiques agricoles et la forte incidence de cas de détresse¹⁰⁸, de dépression, de troubles neurologiques et de fausses couches¹⁰⁹. Les travaux manuels pénibles et répétitifs soumettent le corps à de fortes tensions et accroissent les risques connexes de lésions musculo-squelettiques. Pour y faire face, il faut adopter des textes législatifs prévoyant des règles contraignantes de santé et de sécurité au travail et des mécanismes de recours.

¹⁰² HRW, *Slow Movement*, p. 8 (voir note de bas de page 98); HRW, "Are You Happy to Cheat Us?": *Exploitation of Migrant Construction Workers in Russia* (2009); HRW, *United Arab Emirates. "The Island of Happiness": Exploitation of Migrant Workers on Saadiyat Island, Abu Dhabi* (2009); A/HRC/14/30, par. 44 et 49.

¹⁰³ HRW, *Building a Better World Cup*, p. 4 et 68 (voir note de bas de page 97); Xiuwen Dong and James W. Platner «Occupational fatalities», p. 48 (voir note de bas de page 99).

¹⁰⁴ Marc B. Schenker, «A Global Perspective of Migration and Occupational Health», *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 53, n° 4 (avril 2010), p. 331; Manuel Carballo, Jose Julio Divino, Damir Zeric, «Migration and health in the European Union», *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, n° 12 (1998), p. 939.

¹⁰⁵ A/HRC/20/15, par. 59.

¹⁰⁶ HRW, *United Arab Emirates. Building Towers, Cheating Workers: Exploitation of Migrant Construction Workers in the United Arab Emirates*, vol. 18, n° 8 (E) (novembre 2006), p. 49; Lori A. Nessel, «Disposable Workers: Applying a Human Rights Framework to Analyze Duties Owed to Seriously Injured or Ill Migrants», *Indiana Journal of Global Legal Studies*, vol. 19, Iss.1 (2012), p. 62.

¹⁰⁷ HRW, "Are You Happy to Cheat Us?", p. 64 (voir note de bas de page 102); Marc B. Schenker, «A Global Perspective», p. 331 (note de bas de page 104).

¹⁰⁸ Jennifer Griffin and Varda Soskolne, «Psychological distress among Thai migrant workers in Israel», *Social Science & Medicine*, vol. 57, Iss. 5 (septembre 2003), p. 773.

¹⁰⁹ Ann E. Hiott and others, «Migrant Farmworker Stress: Mental Health Implications», *Journal of Rural Health*, vol. 24, n° 1 (2008), p. 32 à 39.

51. Comme pour les autres emplois salissants, dangereux et dégradants, il est courant que les emplois agricoles donnent lieu à des accords informels et ne soient pas couverts par les dispositions du droit du travail concernant la santé et la sécurité au travail, ce qui laisse peu de latitude aux travailleurs agricoles migrants pour négocier des conditions de travail et de vie propres à faciliter l'exercice de leur droit à la santé¹¹⁰. Les conditions de vie inadéquates et insalubres, l'insécurité alimentaire, la faiblesse des salaires et la durée excessive du temps de travail imposées aux travailleurs agricoles migrants¹¹¹ les exposent à des risques accrus de maladies et d'accident du travail, tout en réduisant leur capacité à accéder aux soins de santé. Une grande vulnérabilité des travailleurs agricoles migrants au VIH a été constatée dans certaines régions, les causes en étant le manque d'accès aux informations et connaissances relatives au VIH, la non-disponibilité ou la non-utilisation de préservatifs, la réticence au dépistage volontaire et le défaut de soins de santé¹¹².

52. Même là où existent des régimes d'assurance maladie et d'indemnisation des travailleurs, il a été constaté que les travailleurs agricoles migrants en situation irrégulière connaissent moins bien leurs droits¹¹³ et sont dès lors moins enclins à déposer des demandes et à consulter un médecin. Il faut donc que les États d'origine et d'accueil fournissent aux travailleurs agricoles migrants des informations accessibles et compréhensibles sur les droits relatifs aux soins de santé, l'assurance et l'indemnisation des travailleurs.

53. Les difficultés qu'éprouvent communément les travailleurs migrants à accéder aux soins de santé sont accentuées pour les travailleurs agricoles à cause de la grande mobilité que leur imposent le caractère saisonnier du travail agricole et la localisation de ce travail dans des zones rurales, parfois reculées. Les centres de santé pour la communauté et les migrants sont une réussite exemplaire en ce qu'ils permettent aux travailleurs agricoles migrants de disposer de soins de santé physiquement accessibles et économiquement abordables. Leurs programmes et services sont adaptés à une population multiculturelle itinérante car ils reposent sur des dispensaires de proximité, des travailleurs sanitaires issus des communautés, des systèmes de guidage des patients, des services fonctionnant hors horaires habituels et une éducation adaptée à des destinataires peu alphabétisés. La participation a joué un rôle déterminant dans la réussite de ces centres, dont les conseils d'administration doivent compter 51 % de membres issus de la communauté¹¹⁴.

Travail domestique

54. Les femmes constituent une forte proportion des 52,6 millions de travailleurs domestiques migrants que compte le monde, selon les estimations¹¹⁵. Le travail domestique, qui représente 7,5 % du total mondial de l'emploi salarié féminin, assure une indépendance

¹¹⁰ Amnesty International (AI), *Exploited Labour: Migrant Workers in Italy's Agricultural Sector* (2012), p. 16.

¹¹¹ Ibid.; Kristen Borre, Luke Ertle and Mariaelisa Graff, «Working to Eat: Vulnerability, Food Insecurity, and Obesity among Migrant and Seasonal Farmworker Families», *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 53, n° 4 (2010), p. 444.

¹¹² OIM, *Briefing Note on HIV and Labour Migration in Mozambique*, (n.d.), p. 4, disponible à l'adresse: http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/events/docs/Briefing_Notes_HIV_Mozambique.pdf.

¹¹³ Don Villarejo and others, «The Health of California's Immigrant Hired Farmworkers», *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 53, (2010), p. 395.

¹¹⁴ Candace Kugel and Edward Zuroweste, «The State of Health Care Services for Mobile Poor Populations: History, Current Status and Future Challenges», *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 21, n° 2 (mai 2010), p. 421 à 429.

¹¹⁵ BIT, *Domestic workers across the world: Global and regional statistics and the extent of legal protection* (2013), p. 39.

économique et sociale aux femmes migrantes¹¹⁶. Le travail domestique est pourtant nettement sous-évalué car il est effectué entre quatre murs dans le cadre de l'économie informelle clandestine, ce qui accentue les disparités entre hommes et femmes dans l'accès aux déterminants fondamentaux de la santé – dont des conditions de travail décentes¹¹⁷.

55. La discrimination et les préjugés fondés sur le genre, l'origine ethnique et la situation socioéconomique se conjuguent, causant un stress chronique et faisant des travailleurs et travailleuses domestiques migrants un groupe très vulnérable et marginalisé¹¹⁸. Du fait de leur vulnérabilité, de leur isolement et de leur dépendance, les travailleurs et travailleuses domestiques migrants subissent un ensemble de violations¹¹⁹ qui les empêchent de jouir du droit à la santé et de ses déterminants fondamentaux. Parmi ces violations figurent la privation de nourriture et de sommeil, le déni de soins médicaux, des conditions de vie sordides, le non-paiement du salaire, une durée de travail excessive (accroissant le risque d'accidents) et des violences psychologiques, physiques et sexuelles¹²⁰. Des troubles cardiovasculaires, endocriniens, dermatologiques, musculo-squelettiques et psychologiques ont en outre été constatés chez les travailleurs et travailleuses domestiques migrants, entraînant dans le pire des cas la mort, y compris par suicide¹²¹.

56. Les travailleurs et travailleuses domestiques migrants ne sont le plus souvent pas du tout ou mal couverts par le droit du travail et le régime de protection sociale de l'État d'accueil, y compris l'assurance maladie¹²². Les systèmes de parrainage, l'endettement, la barrière de la langue, la crainte de l'arrestation, de la détention et de l'expulsion et l'absence de recours effectif contre les violations se conjuguent à des degrés divers dans les différents États d'accueil pour faciliter l'exploitation et la maltraitance systématiques des travailleurs et travailleuses domestiques¹²³. La situation de certains travailleurs et travailleuses domestiques migrantes a même été qualifiée d'«esclavage des temps modernes»¹²⁴. Pour donner effet au droit à la santé, les États sont tenus d'assurer la prise en considération de la vulnérabilité particulière des travailleurs et travailleuses migrants domestiques dans la législation relative au travail, à la santé et à la sécurité au travail et à la protection sociale.

¹¹⁶ Ibid., p. 2.

¹¹⁷ Comité des droits des travailleurs migrants, observation générale n° 1, par. 25 à 26.

¹¹⁸ E/CN.4/2004/76, par. 26; Maria Theresa Ujano-Batangan, *Women and Migration: The Mental Health Nexus: A research on Individual and Structural Determinants of Stress and Mental Health Problems of Filipino Women Migrant Domestic Workers* (Quezon City, ACHIEVE, 2011), p. 32.

¹¹⁹ Comité des droits des travailleurs migrants, observation générale n° 1, par. 7.

¹²⁰ E/CN.4/2004/76, par. 25-35; A/HRC/14/30, par. 30; CARAM Asia, *Reality Check: Rights & Legislation for Migrant Domestic Workers Across Asia* (2011); BIT, «Travail décent pour les travailleurs», Rapport IV (1) (août 2010); HRW, *Singapore - Maid to Order*, p. 35 à 36 (voir note de bas de page 62).

¹²¹ Sevil Sönmez and others, «Human rights and health disparities», p. 6 (note de bas de page 63); OHCHR, «Saudi Arabia: UN experts outraged at beheading of a Sri Lankan domestic worker», Press release (11 janvier 2013), disponible à l'adresse: <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=12922&LangID=E>.

¹²² OIT, *Les travailleurs domestiques dans le monde* (voir note de bas de page 115); Comité pour la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, observation générale n° 1, par. 18-24.

¹²³ Comité des droits des travailleurs migrants, observation générale n° 1, par. 7.

¹²⁴ Sevil Sönmez and others, «Human rights and health disparities», p. 3 (voir note de bas de page 63); Nisha Varia, «Sweeping Changes?» A Review of Recent Reforms on Protections for Migrant Domestic Workers in Asia and the Middle East», *Canadian Journal of Women and the Law*, vol. 23, n° 1 (2011), p. 272.

57. Le Rapporteur spécial note avec satisfaction qu'en 2011 l'Organisation internationale du Travail a adopté la Convention n° 189 et la Recommandation n° 201 sur les travailleuses et travailleurs domestiques, énonçant des prescriptions concernant la protection contre le harcèlement et la violence, la santé et la sécurité au travail, les contrats écrits et la protection en vertu du droit du travail. Ces textes s'inscrivent dans le prolongement de l'observation générale n° 1 (2010) sur les travailleurs domestiques migrants adoptée par le Comité pour la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, dans laquelle une attention particulière est portée à la vulnérabilité des travailleurs et travailleuses domestiques migrants aux différents stades de la migration. La mise en œuvre de ces instruments permettrait de renforcer la protection de ces travailleurs et travailleuses à tous les stades du processus migratoire, instaurant ainsi un environnement propice conforme à l'obligation de donner effet au droit à la santé.

Travail sexuel

58. Les États ont la responsabilité de promouvoir de protéger et de respecter l'exercice de leur droit à la santé par les travailleurs et travailleuses sexuels migrants, qu'ils aient ou non été victimes de la traite. Les travailleurs et travailleuses sexuels migrants sont une population très stigmatisée car le travail sexuel ou lié au sexe est répréhensible dans de nombreux pays. Parmi les risques sanitaires professionnels auxquels sont exposés les travailleurs et travailleuses sexuels figurent le risque démesuré de contracter le VIH/sida et d'autres maladies sexuellement transmissibles, la violence et bien souvent le viol¹²⁵. La criminalisation perpétue la discrimination, la stigmatisation et la violence envers les travailleurs et travailleuses sexuels¹²⁶ et entrave leur accès aux services de soins de santé, ce qui est préjudiciable à la situation sanitaire générale¹²⁷. Conjuguée à la xénophobie, la criminalisation peut légitimer le harcèlement, l'intimidation et la violence envers les travailleurs et travailleuses sexuels migrants, notamment par les forces de l'ordre, faute de tout mécanisme de protection ou de réparation¹²⁸. La nature de ce métier sert à justifier le dépistage obligatoire du VIH et d'autres maladies transmissibles¹²⁹. Les trafiquants d'êtres humains peuvent tirer parti de l'illégalité du travail sexuel et de la migration irrégulière pour exercer une influence et un contrôle indus sur les travailleurs et travailleuses sexuels¹³⁰.

59. L'éventualité d'une arrestation, d'une détention et d'une expulsion au motif du statut migratoire tend aussi à dissuader de recourir aux installations, biens et services sanitaires, en particulier les travailleurs et travailleuses sexuels transgenres qui risquent de subir une discrimination et des abus graves en cas de renvoi dans leur pays d'origine¹³¹. Les besoins des travailleurs et travailleuses sexuels migrants en matière de santé sont méconnus dans de nombreux pays, avec pour résultat des mesures inadaptées à ces besoins et attentatoires au droit à la santé. Ainsi, là où la possession d'un préservatif est considérée comme la preuve d'une infraction liée au travail sexuel, les travailleurs et travailleuses sexuels migrants sont fortement poussés à ne pas détenir de préservatifs, ce qui les conduit à adopter des

¹²⁵ A/HRC/14/20, par. 36.

¹²⁶ TAMPEP International Foundation, *Sex Work, Migration, Health: A report on the intersections of legislations and policies regarding sex work, migration and health in Europe* (2009), p. 10.

¹²⁷ A/HRC/14/20, par. 36.

¹²⁸ HRW, *Sex Workers at Risk: Condoms as Evidence of Prostitution in Four US Cities* (2012).

¹²⁹ *Ibid.*, p. 47.

¹³⁰ Kamala Kempadoo, «Globalizing Sex Workers' Rights», *Canadian Woman Studies/Les Cahiers de La Femme*, vol. 22, n° 3 et 4 (printemps/été 2003), p. 145.

¹³¹ HRW, *Sex Workers at Risk*, p. 22 (voir note de bas de page 128).

comportements sexuels à risque et les expose au VIH et à d'autres agents infectieux sexuellement transmissibles¹³².

60. Un accès sans discrimination, en droit et en fait, aux soins de santé requiert que les États dépénalisent les relations sexuelles rémunérées entre adultes consentants et adoptent et mettent en œuvre des lois étendant à toutes les personnes les bénéfices découlant du droit du travail, du dispositif de santé et de sécurité au travail et de l'accès à des soins de santé d'un coût abordable, en portant une attention particulière aux travailleurs et travailleuses sexuels migrants en situation irrégulière.

61. La participation des travailleurs et travailleuses sexuels migrants à la formulation et à l'application des textes législatifs concernant la santé, des programmes relatifs à la santé et des activités de collecte de données ventilées s'impose pour répondre effectivement aux besoins des travailleurs et travailleuses sexuels¹³³. Des mesures permettant de créer un climat de confidentialité propre à favoriser tant l'acceptation par les travailleurs et travailleuses sexuels d'un dépistage volontaire, d'un traitement, d'une orientation et de conseils, que leur sensibilisation aux droits qui sont les leurs en matière de santé sexuelle et procréatrice, notamment dans un souci de prévention de la transmission du VIH, et à remédier à leur marginalisation vont dans le sens aussi bien des données épidémiologiques que du cadre relatif au droit à la santé¹³⁴.

E. Santé mentale

62. Le contenu normatif du droit à la santé englobe la garantie d'un accès en temps voulu, à un coût abordable et sans discrimination à des services et à des informations à caractère préventif, curatif et réadaptatif en matière de santé mentale. La stigmatisation généralisée et la méconnaissance de la déficience mentale¹³⁵, conjuguées à un accès restreint des travailleurs migrants aux installations, biens et services sanitaires, font que leur santé mentale risque dans bien des cas d'être négligée.

63. La migration est une expérience éprouvante en ce qu'elle impose au migrant une transformation radicale de son environnement culturel, physique et social. Ses retombées sur l'état de santé mentale varient d'une personne à l'autre, en fonction de son vécu et de ses caractéristiques personnelles, notamment l'âge, le sexe, les antécédents médicaux, la culture et la capacité d'agir dans le cadre du processus migratoire¹³⁶.

64. Dans les États d'accueil, le statut migratoire, l'exclusion sociale, les conditions de vie et de travail, les communications avec la famille, l'intégration et l'accès aux services de

¹³² Ibid.

¹³³ H. Yang and others, «Workplace and HIV-related sexual behaviours and perceptions among female migrant workers», *AIDS Care*, vol. 17, n° 7 (octobre 2005), p. 819 à 833; ONUSIDA, *Note d'orientation de l'ONUSIDA sur le VIH et le commerce du sexe* (2009); A/HRC/14/20, par. 36.

¹³⁴ Agnes Binagwaho and others, «Developing human rights-based strategies to improve health among female sex workers in Rwanda», *Health and Human Rights*, vol. 12, n° 2 (2010); OIM et ONUSIDA, *Assessment of Mobility and HIV Vulnerability among Myanmar Migrant Sex Workers and Factory Workers in Mae Sot District, Tak Province, Thailand* (2007), p. 26 à 27.

¹³⁵ E/CN.4/2005/51.

¹³⁶ Nazilla Khanlou, «Migrant mental health in Canada», *Canadian Issues/Thèmes canadiens*, (été 2010), p. 9 à 16; Fang Gong and others, «A life course perspective on migration and mental health among Asian immigrants: The role of human agency», *Social Science & Medicine*, vol. 73, Iss. 11 (2011), p. 1618 à 1626.

santé sont autant de facteurs qui conditionnent la santé mentale des travailleurs migrants¹³⁷. La migration peut également susciter des symptômes dépressifs chez les membres de la famille restés dans l'État d'origine¹³⁸. Les travailleurs migrants, en particulier ceux qui sont en situation irrégulière, subissent régulièrement la stigmatisation, la marginalisation et la discrimination, lesquelles sont ancrées dans la société¹³⁹. Les États d'origine et d'accueil devraient prendre en considération les coûts psychosociaux de la migration supportés par les travailleurs migrants et leurs familles à tous les stades du processus migratoire. Les États devraient en outre investir dans des programmes de soutien social impliquant les travailleurs migrants destinés à remédier aux effets néfastes de l'exclusion sociale, du mal du pays et des pressions familiales¹⁴⁰.

65. Les migrants qui occupent des emplois salissants, dangereux et dégradants sont exposés à des risques professionnels qui constituent un facteur de stress supplémentaire et chez les travailleurs agricoles un lien a du reste été établi entre exposition aux pesticides et anxiété, dépression, irritabilité et agitation¹⁴¹. L'isolement et les traumatismes psychologiques provoqués par les abus sont au nombre des risques professionnels menaçant les travailleurs et travailleuses domestiques¹⁴² et chez les migrants employés dans le bâtiment un lien a été établi entre le suicide et les conditions de travail pénibles qui leur sont imposées¹⁴³. La mise en œuvre et le respect effectifs de la législation relative au travail et à la santé et à la sécurité au travail peuvent contribuer à réduire le risque de maladie mentale et de lésions physiques.

66. Des symptômes psychologiques peuvent ne pas être traités ou l'être de façon inadaptée en cas de financement public insuffisant des services de soins de santé mentale¹⁴⁴. Des médicaments sont prescrits alors que des services de soutien psychosocial ou de conseil seraient plus judicieux¹⁴⁵. Il a été constaté là où des services de santé mentale sont disponibles que les migrants, dont les travailleurs migrants, les sous-utilisent et abandonnent précocement la fréquentation de ces services¹⁴⁶. La crainte constante de

¹³⁷ H.B.M. Murphy, «Migration, culture and mental health», *Psychological Medicine*, vol. 7, n° 4 (1977), p. 677 à 684; D. Bhugra, «Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 111, n° 2 (2005), p. 84 à 93; Lorena de los Angeles Núñez Carrasco, *Living on the Margins: Illness and Healthcare among Peruvian Migrants in Chile* (2008), p. 162.

¹³⁸ Yao Lu, «Household migration, social support, and psychosocial health: The perspective from migrant sending areas», *Social Science & Medicine*, vol. 74, Iss. 2 (janvier 2012), p. 141.

¹³⁹ Ilan Meyer, «Prejudice as Stress: Conceptual and Measurement Problems», *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 2 (février 2003), p. 262 à 265.

¹⁴⁰ Laura Simich and others, «Providing Social Support for Immigrants and Refugees in Canada: Challenges and Directions», *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 7, n° 4 (octobre 2005), p. 260.

¹⁴¹ J. Mearns, J. Dunn et P.R. Lees-Haley, «Psychological effects of organophosphate pesticides: A review and call for research by psychologists», *Journal of Clinical Psychology*, vol. 50, n° 2 (mars 1994), p. 286 à 293.

¹⁴² Maria Theresa Ujano-Batangan, *Women and Migration*, p. 22 (voir note de bas de page 118).

¹⁴³ Sevil Sönmez and others, «Human rights and health disparities», p. 5 (voir note de bas de page 63).

¹⁴⁴ E/CN.4/2005/51, par. 64.

¹⁴⁵ Heide Castañeda, «Illegality as risk factor», p. 1559 (voir note de bas de page 83).

¹⁴⁶ Francis Sanchez and Albert Gaw, «Mental Health Care of Filipino Americans», *Psychiatric Services*, vol. 58, n° 6 (juin 2007), p. 815.

l'expulsion peut aussi être un facteur de stress¹⁴⁷ et dissuader les travailleurs d'accéder aux installations, biens et services de santé mentale disponibles.

67. Le droit à la santé impose aux États d'accueil de prendre des mesures pour détecter et surveiller les facteurs de stress et assurer un accès sans discrimination à des services de soutien psychosocial et de santé mentale d'un coût abordable, acceptables et de qualité afin de prévenir et traiter efficacement les maladies mentales. Les États d'origine devraient veiller à ce que les services de soutien en place dans leurs ambassades et consulats soient accessibles et que les travailleurs migrants en partance aient connaissance des effets possibles de la migration sur la santé mentale et des modalités d'accès aux soins de santé mentale dans les États d'accueil.

68. Des mesures de politique de la santé ciblant les migrants et axées sur la prestation de services adaptés sur les plan linguistique et culturel ont permis de faciliter l'accès des migrants aux services de santé mentale¹⁴⁸. Des travailleurs sanitaires communautaires aptes sur les plans culturel et linguistique peuvent aussi jouer un grand rôle car ils connaissent les déterminants fondamentaux de la santé mentale des travailleurs migrants, conformément au droit à la santé¹⁴⁹.

69. Les troubles mentaux dont souffrent des travailleurs migrants rentrés dans leur pays peuvent y passer totalement inaperçus faute de services psychosociaux. Quand il est établi que les travailleurs migrants employés dans certains secteurs ou pays sont victimes d'exploitation et d'abus, les États d'origine de ces migrants devraient adopter des mesures propres à assurer la prise en charge efficace des troubles de santé mentale. Ces mesures devraient être conçues, appliquées et suivies en consultation avec les travailleurs migrants de retour chez eux.

F. Femmes et santé sexuelle et procréatrice

70. Les États devraient procéder à une analyse dans l'optique du genre pour identifier les différents facteurs d'ordre biologique et socioculturel qui concourent à la vulnérabilité des travailleuses migrantes et influent sur leur santé et y remédier. Les femmes, qui constituent une forte proportion de la main d'œuvre migrante, sont souvent plus vulnérables sur le plan de la santé du fait de leur situation d'infériorité par rapport aux hommes¹⁵⁰. Pauvreté, responsabilités familiales et obstacles à l'accès à l'éducation et à l'information font que les femmes sont plus vulnérables avant le départ; dans certaines régions de transit la violence envers les femmes est chose courante¹⁵¹. L'exploitation et les abus systématiques dans certaines branches du secteur informel qui emploient majoritairement

¹⁴⁷ UC Davis Center for Reducing Health Disparities, *Building Partnerships: Conversations with Latina/o migrant workers about mental health needs and community strengths* (mars 2009), p. 7, consultable à l'adresse: http://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Documents/BP_Migrant_Workers.pdf.

¹⁴⁸ Todd P. Gilmer and others, «Initiation and Use of Public Mental Health Services by Persons with Severe Mental Illness and Limited English Proficiency», *Psychiatric Services*, vol. 58, n° 12 (décembre 2007), p. 1561.

¹⁴⁹ Leda Perez and Jacqueline Martinez, «Community Health Workers: Social Justice and Policy Advocates for Community Health and Well-Being», *American Journal of Public Health*, vol. 98, n° 1 (janvier 2008), p. 11 à 14.

¹⁵⁰ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 26 (2008) sur les travailleuses migrantes, par. 5; Gloria Moreno-Fontes Chammartin, «Female migrant workers' situation in the labour market (OIT, 2006), disponible à l'adresse: http://www.ilo.org/public/english/protection/migrant/download/unfpa_newyork_report_2006.pdf.

¹⁵¹ OIM, *Migration and Health in SADC: A review of the literature* (2010), p. 19.

des femmes migrantes, comme le travail domestique et le travail sexuel, découlent de la vulnérabilité des femmes durant le processus migratoire et la renforcent.

71. Les violences domestiques et sexuelles, l'absence de recours en cas de violation des droits et des salaires inférieurs à ceux de leurs homologues masculins sont le sort des travailleuses migrantes et l'expression d'une discrimination sexiste qu'accentuent les difficultés éprouvées par les travailleurs migrants en général dans le domaine des soins et de l'accès aux soins de santé¹⁵². Le déséquilibre des forces entre hommes et femmes et le manque d'accès des femmes aux services de santé, à l'information et aux recours amoindrit de plus la capacité des femmes, en particulier des travailleuses sexuelles, à négocier des rapports sexuels protégés, ce qui accroît leur vulnérabilité au VIH¹⁵³. Les États d'origine et d'accueil devraient donc s'attaquer à cette survulnérabilité des travailleuses migrantes, en particulier de celles qui sont en situation irrégulière, en élaborant et appliquant des mesures et des stratégies de santé participatives fondées sur des données empiriques.

72. Le droit à la santé impose aux États d'assurer l'accès aux installations, biens et services de santé, en particulier aux groupes vulnérables, tels que les travailleuses migrantes. Les services de santé ainsi que les informations et l'éducation relatives à la santé doivent être adaptés aux besoins particuliers des femmes – dont leurs besoins en matière de santé sexuelle et procréatrice, y compris l'accès à la contraception et à un avortement légal médicalisé – et tenir compte de la vulnérabilité particulière des travailleuses migrantes peu qualifiées, sans considération de leur statut migratoire.

73. Certains États expulsent les travailleuses migrantes dont il est constaté qu'elles sont enceintes lors d'un examen médical obligatoire¹⁵⁴. Ces femmes peuvent alors se trouver dans une situation de vulnérabilité accrue dans l'État d'origine comme dans l'État d'accueil à cause de la stigmatisation de la grossesse hors mariage dans de nombreuses sociétés¹⁵⁵. L'injection forcée de contraceptifs dans la période avant départ a été signalée dans certains États d'origine¹⁵⁶. De telles pratiques sont attentatoires aux droits au respect de la vie privée, au consentement éclairé, à la confidentialité, à la dignité et à la non-discrimination et dissuadent de solliciter l'aide de la police ou du système de santé¹⁵⁷.

74. Le taux d'avortement élevé constaté chez les travailleuses migrantes a été mis en lien avec le défaut de sensibilisation de ces femmes aux moyens de contraception et aux services de planification familiale et avec les obstacles socioéconomiques les empêchant d'y accéder¹⁵⁸. Dans les pays où l'avortement est légal mais où il est interdit aux travailleuses migrantes d'être enceintes, il en résulte une inégalité dans l'accès aux services légaux de santé procréatrice car la crainte de la perte d'emploi et de l'expulsion pousse les migrantes concernées à prendre des risques en retardant les soins et en recourant à un

¹⁵² Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 26, par. 2.

¹⁵³ Fonds des Nations Unies pour la population, *État de la population mondiale 2006, Vers l'espoir: les femmes et la migration internationale* (2006), p. 38 et 39; Kenda Crozier, Pleumjit Chotiga and Michael Pfeil, «Factors influencing HIV screening decisions for pregnant migrant women in South-East Asia», *Midwifery* (2012), p. 1 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.08.013>).

¹⁵⁴ HRW, *Singapore - Maid to Order*, p. 90 (voir note de bas de page 62).

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 93; A/64/272, par. 75.

¹⁵⁶ HRW, *Sri Lanka/Middle East - Exported and Exposed: Abuses against Sri Lankan Domestic Workers in Saudi Arabia, Kuwait, Lebanon, and the United Arab Emirates*, vol. 19, n° 16 (C) (novembre 2007), p. 38.

¹⁵⁷ A/66/254; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 26, par. 18.

¹⁵⁸ Fonds des Nations Unies pour la population *État de la population mondiale 2006*, p. 37 (voir note de bas de page 153).

avortement non médicalisé¹⁵⁹. Là où l'avortement est répréhensible, le recours à l'avortement clandestin est motivé par la crainte de poursuites pénales¹⁶⁰.

75. Les difficultés auxquelles les migrantes qui vont au terme d'une grossesse dans un État de destination se heurtent pour accéder aux services et informations en matière de soins obstétricaux et de soins de santé prénatals, postnatals et maternels¹⁶¹ peuvent avoir des effets néfastes sur la santé de la mère et de l'enfant, à savoir accouchement prématuré, faible poids à la naissance, malformations congénitales et mortalité périnatale infantile et maternelle¹⁶². À l'opposé, il a été constaté que les mesures favorisant l'intégration sociale de la communauté des migrants réduisaient ces effets néfastes des grossesses de migrantes¹⁶³. Accorder aux travailleuses migrantes les 14 semaines de congé de maternité que préconise la Convention sur la protection de la maternité ou le congé de maternité dont bénéficient les nationales¹⁶⁴ concourrait à rendre plus accessibles les soins et services de santé liés à la grossesse et à les mettre ainsi en conformité avec le droit à la santé.

IV. Conclusion et recommandations

76. **Une approche fondée sur le droit à la santé comble les lacunes que présentent les cadres existants qui protègent les travailleurs migrants et les membres de leur famille et renforce les mesures de protections prévues dans ces cadres. Elle apporte les garanties nécessaires aux travailleurs migrants en leur reconnaissant les mêmes droits qu'aux nationaux de l'État où ils résident sans aucune restriction. Le Rapporteur spécial recommande aux États d'origine et d'accueil de prendre les dispositions suivantes en vue de donner effet au droit des travailleurs migrants à la santé:**

a) **Instituer en faveur des travailleurs migrants, qu'ils soient en situation régulière ou irrégulière, des mesures de politique nationale de la santé reposant sur des données empiriques et intégrant le genre à la lumière du cadre relatif au droit à la santé, en particulier des principes de non-discrimination et d'égalité. Ces mesures devraient reconnaître aux travailleurs migrants le bénéfice de droits et prestations – en particulier des déterminants fondamentaux de la santé – et de mécanismes de recours en cas de violation;**

b) **Établir des «couloirs de main d'œuvre» au moyen d'accords bilatéraux exécutoires, conformes au cadre relatif au droit à la santé, définissant clairement les droits des travailleurs migrants, les obligations des agences de recrutement, des employeurs et des États, et les voies de recours, y compris l'indemnisation en cas de violation, dans le respect du droit à la santé;**

¹⁵⁹ HRW, *Singapore - Maid to Order*, p. 90-91 (voir note de bas de page 62).

¹⁶⁰ OIM, *HIV and Bangladeshi Women Migrant Workers: An assessment of vulnerabilities and gaps in services* (2012), p. 39.

¹⁶¹ Gail Webber et autres, «Facilitators and barriers to accessing reproductive health care for migrant beer promoters in Cambodia, Laos, Thailand and Vietnam: A mixed methods study», *Globalization and Health*, vol. 8, n° 21 (juillet 2012).

¹⁶² Paola Bollini et autres, «Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature», *Social Science & Medicine*, vol. 68, Iss. 3 (2009), p. 456; Manuel Carballo, Jose Julio Divino, Damir Zeric, «Migration and health in the European Union», p. 938 (note de bas de page 104).

¹⁶³ Paola Bollini et autres, «Pregnancy outcome of migrant women», p. 456 (note de bas de page 163).

¹⁶⁴ OIT, Convention sur la protection de la maternité, 2000 (n° 183), art. 4.

- c) Encourager la collecte de données ventilées par âge et sexe sur tous les travailleurs migrants pour évaluer leur degré de connaissance en matière de santé, leurs besoins sanitaires, la situation en termes de blessures et de décès au travail, y compris le suicide, et les utiliser pour éclairer l'élaboration des politiques relatives aux travailleurs migrants. Des mesures adéquates de protection de ces données devraient être prises pour en assurer la confidentialité et préserver la vie privée des intéressés;
- d) Fournir aux travailleurs migrants potentiels des informations sur leurs droits, en particulier le droit à la santé, ainsi que sur les agences de recrutement, les employeurs et les États, les voies de recours et la protection contre les abus;
- e) Réglementer les agences de recrutement à l'aide de dispositions législatives réprimant le recrutement illicite et prévoyant des mécanismes rigoureux de suivi et de mise en œuvre de l'obligation de rendre compte;
- f) Protéger les travailleurs migrants contre les abus des agences de recrutement et des employeurs en veillant à ce que les contrats de travail soient conformes au droit à la santé et exécutoires;
- g) Abolir les mesures discriminatoires de politique migratoire prévoyant un examen médical obligatoire, notamment le dépistage du VIH et de la grossesse, qui sont dépourvues de fondements scientifiques clairs et sont attentatoires au droit à la santé;
- h) Découpler l'accès des travailleurs migrants aux installations, biens et services sanitaires de leur statut juridique et veiller à ce que des installations, biens et services sanitaires préventifs, curatifs et d'urgence soient disponibles et accessibles pour tous les travailleurs migrants, en particulier ceux en situation irrégulière, sans discrimination. Les États devraient s'employer à prévenir l'interruption de traitement chez les travailleurs migrants et à lever les obstacles à l'accès aux soins de santé, notamment ceux d'ordre linguistique, culturel, administratif et liés à l'emploi;
- i) Assurer à tous les travailleurs migrants, y compris ceux en situation irrégulière et ceux rentrés dans leur pays, l'accès aux établissements, biens et services de santé mentale, dont les groupes de soutien social et les programmes de réunification familiale;
- j) Étendre le bénéfice de la législation nationale du travail, des lois relatives à la santé et la sécurité au travail, des régimes d'assurance sociale et des autres protections en place à toutes les catégories de travailleurs migrants, dont les travailleurs domestiques, les travailleurs sexuels et ceux en situation irrégulière;
- k) Protéger les travailleurs migrants, en particulier ceux employés dans des secteurs dangereux, contre les abus et l'exploitation par les employeurs en leur garantissant des voies de recours accessibles et une indemnisation en cas de violation;
- l) Prévenir la détention et l'expulsion de travailleurs migrants au motif de leur état de santé et garantir en premier lieu à ces travailleurs migrants la prestation de soins et de traitement. Les États devraient, au minimum, veiller à ne pas expulser un travailleur migrant sans l'avoir orienté vers un service pour traitement et à ne pas l'expulser vers un État où le traitement requis est indisponible et inaccessible;
- m) Prévenir la détention et l'expulsion des travailleurs migrants en situation irrégulière et régulariser plutôt leur séjour au regard de critères objectifs pour les protéger contre l'exploitation et leur garantir le plein exercice de leur droit à la santé;

n) Encourager la création d'associations et de syndicats de travailleurs migrants pour assurer la représentation et la participation effectives de ces travailleurs, y compris ceux en situation irrégulière et ceux rentrés dans leur pays, à l'élaboration, à la mise en place, au suivi et au respect des lois et des politiques, y compris les programmes de sensibilisation et d'orientation, les sessions de formation avant départ et les groupes de soutien social.
