

Cette note d'orientation a été élaborée dans le cadre du projet **«Migration et santé : traiter les défis actuels en matière de santé des migrants et des réfugiés en Afrique – de la politique à la pratique»**, projet qui comprenait également un rapport d'étude et un article académique. Ce projet a été commandité par le Département de la santé, des affaires humanitaires et du développement social de la Commission de l'Union africaine pour éclairer les politiques et les pratiques en matière de migration et de santé et, en fin de compte, améliorer les résultats en matière de santé pour différents groupes de migrants et de réfugiés en Afrique. Le projet de recherche a été réalisé par le Centre pour le développement rural (SLE) de l'Université Humboldt de Berlin avec le soutien de la GIZ - Bureau de l'Union africaine.

Données importantes:

- À la mi-2020, il y avait environ 280 millions de migrants internationaux dans le monde, dont 60% étaient des travailleurs migrants (GMDAC, 2021)
- En 2019, il y avait 26,5 millions de migrants internationaux sur le continent africain, qui représentent 2% de la population totale (UN DESA, 2019), avec une tendance à la hausse en raison d'une intégration régionale renforcée (McAuliffe & Kitimbo, 2018)
- Seulement 1% des migrants africains quittent le continent (Flahaux & De Haas, 2016)
- Les circonstances économiques et l'emploi sont la principale raison de la migration en Afrique, avec 13 millions de travailleurs migrants sur le continent (OIM, 2020a, p. 157) et environ 1 million de nouveaux travailleurs migrants par an entre 2014 et 2019 (Centre d'études stratégiques de l'Afrique, 2019)
- Les principaux couloirs de migration en Afrique sont illustrés dans la figure 1 ci-dessous. Il y a le corridor de l'Afrique de l'Ouest et centrale vers l'Afrique du Nord et l'Europe (Processus de Rabat ICMPD, 2021). On trouve le corridor de l'Est et de la Corne de l'Afrique le long de la Route du Nord vers l'Afrique du Nord et l'Europe (Processus de Khartoum ICMPD, 2021). Trois autres corridors prennent également leur origine l'Est et dans la Corne de l'Afrique: la route du sud vers l'Afrique du Sud, la route de l'est vers la péninsule arabique et la route du Sinaï, moins fréquentée, de l'Afrique du Nord à Israël et aux États du Golfe (Marchand et al., 2017).
- Alors que la migration peut offrir de nombreuses opportunités pour améliorer les moyens de subsistance, les migrants sont vulnérables à de nombreux facteurs différents tels que le manque de protection adéquate et l'accès limité aux services de santé en raison du statut juridique, de la stigmatisation, des barrières linguistiques et de la discrimination. Un manque de revenus pourrait encore aggraver les vulnérabilités des migrants en matière de santé.



Figure 1 - Principales routes migratoires en Afrique
Source: (Centre d'études stratégiques de l'Afrique, 2019)

Introduction

Si l'Afrique est un continent «en mouvement» peut sembler un cliché, les migrants africains sont prêts à transformer les sociétés et les économies africaines au XXI^e siècle (Baggio, 2014; Steinbrink & Niedenführ, 2020). Les changements démographiques et la croissance démographique sur le continent, l'urbanisation à croissance rapide et l'intégration économique et politique croissante, ainsi que le changement climatique et l'instabilité politique signifient tous que l'amélioration de la santé de tous les citoyens africains, y compris les migrants, sera une préoccupation majeure pour les États africains dans les décennies à venir (Union africaine, 2018a; OIM, 2020a).

Actuellement, deux tendances clés exacerbent les besoins d'accès à la santé en Afrique. Le premier est la pandémie mondiale COVID-19, qui crée le besoin d'un meilleur accès à la santé. Ceci est particulièrement urgent pour les migrants qui constituent un groupe encore plus vulnérable en raison de leur mobilité plus élevée, mais aussi en raison de nombreux défis d'accès aux soins de santé (Guadagno, 2020).

La deuxième tendance concerne les urgences complexes dans différentes parties du continent et la réponse aux besoins humanitaires qui en résultent, notamment en termes de déplacement forcé. Cela est particulièrement pertinent en ce qui concerne les pays impliqués dans le processus de Khartoum, en particulier dans le contexte du déplacement forcé d'Éthiopie en réponse à la détérioration de la situation sécuritaire et à la famine (BBC News, 2021). Cependant, elle affecte également d'autres pays et régions comme la RDC, mais aussi les pays du processus de Rabat qui sont actuellement aux prises avec des flambées de maladies telles que le choléra au Togo en 2021 (OMS, 2021a), ainsi que des déplacements forcés en raison de conflits et d'insurrections (Nigéria, Mali, Tchad, Cameroun) et dégradation de l'environnement (HCR, 2020).

En raison de la nature transversale des thèmes complexes de la migration et de la santé, il n'est pas simple de traiter ces deux domaines conjointement et de répondre ainsi aux besoins croissants de soins de santé des migrants et des réfugiés en Afrique. Cette complexité exigera des partenariats actifs entre les gouvernements, les organisations internationales, les groupes de la société civile, le secteur privé, ainsi que les migrants eux-mêmes pour proposer une approche multidimensionnelle pour répondre aux besoins de santé dans toute leur complexité.

Par conséquent, conformément aux facteurs présentés dans le rapport de consultation mondiale (OIM et OMS, 2010), cette note d'orientation abordera quatre thèmes clés sur différentes dimensions du lien entre migration et santé:

- Données sur la migration et la santé
- Politiques et cadres juridiques pour la migration et la santé
- Coopération interétatique et régionale sur la migration et la santé
- Systèmes de santé tenant compte la migration

Avec un accent particulier sur les migrations africaines, cette note d'orientation mettra en évidence les tendances et cadres politiques importants en matière de migration et de santé, discutera des facteurs et défis clés des mesures de politique migratoire et sanitaire, donnera des exemples de bonnes pratiques et suggérera des recommandations politiques concrètes pour les décideurs africains, praticiens et chercheurs.

La note d'orientation est basée sur les résultats d'une étude approfondie commandée par l'Union africaine et la Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) d'Allemagne, entreprise par le Centre pour le développement rural (SLE) de l'Université de Humboldt à Berlin intitulée «Migration et santé: relever les défis sanitaires actuels des migrants et des réfugiés en Afrique - de la politique à la pratique» (CUA / SLE, 2021).

Exemples de meilleures pratiques dans les politiques et l'offre des soins de santé pour les migrants

Des campagnes nationales visant à améliorer la santé des migrants au travail ont été lancées dans de nombreux pays ; en Algérie, les politiques de santé et de sécurité au travail font de la fourniture de médicaments aux travailleurs migrants une obligation pour leur employeur.

Afin de garantir un financement durable de la santé et conformément à l'appel à l'action d'Addis-Abeba sur la couverture sanitaire universelle, l'Union africaine et ses États membres ont signé un protocole d'accord avec l'OMS en vue de coopérer dans le cadre des efforts déployés.

En Afrique de l'Ouest et dans la Corne de l'Afrique, les systèmes de gestion des données fournissent des données spécifiques sur le déplacement et la traite des êtres humains, ce qui permet d'élaborer des stratégies visant à combler les lacunes en matière de données et de réaliser des analyses approfondies au niveau national..

La consultation nationale kényane sur la santé des migrants a réuni des organismes gouvernementaux, des organisations internationales et la société civile pour analyser et améliorer les politiques et cadres existants. Elle a abouti à l'ébauche, en 2017, de la première politique nationale unifiée du pays en matière de migration.

Les pays de la SADC ont introduit un ensemble de standards minimums communs pour la prévention, le traitement et la gestion de la tuberculose dans la région. Ces mesures comprennent des systèmes de surveillance développés pour les patients atteints de tuberculose qui quittent leur pays d'origine. La majorité des pays de la SADC ont réduit l'incidence de la tuberculose au cours des dix dernières années. Des standards minimums similaires existent également pour les services de lutte contre le paludisme et le VIH.

Le corps des volontaires africains pour la santé du CDC Afrique collabore avec des partenaires internationaux, continentaux, régionaux et nationaux pour recruter des professionnels de la santé publique et des médecins volontaires africains et de la diaspora afin de soutenir les interventions d'urgence en cas d'épidémies en Afrique.

Sources de données

Politique de santé au travail pour les travailleurs migrants (OMS, 2018). Directives de gestion des migrations pour le Kenya (OIM, 2018b). Normes minimales harmonisées pour la prévention, le traitement et la prise en charge de la tuberculose dans la région de la SADC (SADC, 2010). Incidence de la tuberculose dans les pays de la SADC (OMS, 2021c). Normes minimales a pour les interventions contre le paludisme et le VIH (SADC, 2009b, 2009a, 2013a). Matrice de la traite des personnes par déplacement et base de données mondiale sur la traite des êtres humains (OIM, 2018a, 2021a). Corps des Volontaires africains pour la santé du CDC Afrique (Africa CDC, 2021). Appel à l'action d'Addis-Abeba sur la CSU (ONU, 2015a; OMS, 2019b).

Figure 3 – Exemples de bonnes pratiques relatives aux politiques et à la fourniture des soins de santé des migrants

1. Données sur la migration et la santé

Le Cadre de politique de migration pour l'Afrique 2018-30 (MPFA) de l'Union africaine (UA) indique que «les données sur la migration sont essentielles pour intégrer la migration dans les cadres de politique et de planification et de développement» (Union africaine, 2018a, p. 70). Cela affecte également les efforts de politique sanitaire des migrations. Afin d'améliorer la santé des migrants, une meilleure compréhension de la situation (et de l'expérience vécue) des migrants est nécessaire. Cette compréhension peut être améliorée avec des données quantitatives et qualitatives. La nature sensible et complexe des données sur les thèmes de la migration et de la santé doit être prise en compte à tous les stades. Tout d'abord, ce chapitre fournit un aperçu des principaux problèmes liés aux données sur la migration et la santé. Les défis liés à l'amélioration de ces données sont présentés avec les références des sources de données internationales existantes.

Besoins et objectifs en matière de données

Le rapport de la Consultation mondiale de l'OIM sur la santé des migrants présente les considérations de base sur le sujet (OIM et OMS, 2010). Pour développer un cadre de données pratique, il faut s'entendre sur les données à utiliser et les utilisateurs de ces dernières. Les données relatives à la santé sur les migrants doivent être collectées pour mieux comprendre les besoins en matière de santé, puis utilisées pour améliorer la prestation et l'accessibilité des services de santé aux migrants. Ces données doivent être partagées avec précaution et ne doivent pas être utilisées pour cibler les migrants à des fins de répression telles que la détention ou l'expulsion. Tel qu'exploré dans l'étude SLE commandée par l'Union africaine, la collecte de données doit répondre à des questions clés de type: quelles conditions de santé affectent les migrants ? comment sont utilisés les services de santé ? et comment leur état de santé a changé au fil du temps (CUA / SLE, 2021). D'autres sujets peuvent inclure l'identification des populations qui nécessitent des interventions spécifiques et des lacunes dans la prestation de services de santé, ou les attitudes des prestataires de santé à l'égard des migrants. Les informations sur ces sujets aideront à identifier les domaines d'action susceptibles d'améliorer les services de soins de santé aux migrants en Afrique.

Après avoir clarifié les données nécessaires, les utilisateurs de ces données sont facilement identifiés. Il s'agit notamment des gouvernements des États membres de l'UA (EM) avec leurs ministères et départements de planification respectifs (qui sont directement en contact avec les migrants par le biais des prestations de services), des chercheurs, des organisations internationales telles que l'OIM ou l'OMS, ou des ONG représentant les intérêts des migrants, entre autres.

Défis et solutions possibles

Les défis liés aux données comprennent leur portée nationale, la faiblesse de leurs normes, leur utilisabilité et la difficulté à atteindre les populations de migrants. Le défi majeur est la portée nationale de la collecte de données. Les États enregistrent les données qu'ils considèrent comme étant importantes pour la planification et le suivi. Il en résulte des méthodes variables entre les états voisins en ce qui concerne la collecte, la définition, la classification, la fréquence et / ou l'analyse des données. Un ensemble normalisé de variables avec des définitions, des méthodes de collecte et d'analyse cohérentes permettrait une meilleure comparaison non seulement entre les pays, mais aussi au sein d'un même pays au fil du temps. Cela faciliterait le suivi des progrès et identifierait les domaines nécessitant une action. De cette manière, le transfert et le test des bonnes pratiques seraient également simplifiés (Union africaine, 2017, 2018a; GMDAC, 2019; MIF & Afrobaromètre, 2019). À ce sujet, le Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies a déjà fourni une directive complète avec des recommandations sur les statistiques de migration en 1998, qui a été mise à jour en 2017 avec les lignes directrices et les considérations statistiques actuelles (Global Migration Group, 2017; UN DESA, 1998).

Des normes de données améliorées nécessitent des systèmes de données complets. Au lieu de créer de nombreuses petites banques de données isolées, autant d'informations que possible devraient être accessibles à partir d'une plate-forme unique. Le MPFA de l'UA, par exemple, appelle à redoubler d'efforts dans la collecte, l'analyse et l'échange de données complètes sur les migrations de main-d'œuvre (Union africaine, 2018a, p. 36). Avec l'intégration des données du recensement et d'autres secteurs comme le logement, l'éducation, l'emploi, le secteur privé et les données collectées par les ONG, une image plus complète peut être obtenue (OIM et OMS, 2010, p. 12).

Une meilleure intégration des sources de données peut également aider à relever le défi de l'agrégation des données. Afin de réaliser des interventions efficaces et efficientes, les indicateurs sur les tendances nationales, régionales ou même mondiales doivent être identifiables. Cette (dés) agrégation signifie qu'il doit être possible d'identifier certaines sous-populations ou localisations. Bien que les ensembles de données à grande échelle et unifiés existants au niveau mondial tels que la Banque mondiale, l'OIM ou l'OMS puissent être extrêmement utiles, ils sont également limités en termes de données collectées, qui sont principalement communiquées au niveau national (OIM, 2021c; OMS, 2021c; Banque mondiale, 2021). Si les données peuvent être désagrégées au-dessous du niveau national, tel que le niveau du district ou de la municipalité, pour donner des informations sur le sexe, l'âge ou le statut juridique, les planificateurs des États membres de l'UA peuvent cibler leurs actions plus efficacement. Si des données dans toutes ces dimensions sont collectées, elles doivent être anonymes, ce qui signifie qu'il ne devrait pas être possible d'identifier les individus.

La possibilité pour les planificateurs d'accéder aux données des districts ou des municipalités est un défi. Ces actions de coordination visant à améliorer le système de santé sont souvent entravées par des ressources et des capacités limitées d'analyse des données, tant humaines que techniques. Si des mesures sont prises pour accroître la disponibilité des données, la capacité de leur traitement et analyse doit être à la hauteur. Si possible, les données pourraient être publiées. De cette façon, les chercheurs pourraient participer à l'analyse des données et y contribuer.

Afin d'atteindre l'objectif de la couverture sanitaire universelle fixé par la Stratégie africaine de la santé de l'UA 2016-2030, tous doivent pouvoir accéder aux services de santé (AU DSA, 2016, p. 16). Pour ce faire efficacement, des informations sur l'état de santé des migrants sont nécessaires. Pourtant, c'est l'un des plus grands défis à relever. Les migrants réguliers comme les travailleurs migrants ayant un visa de travail, ou en exercice de leurs droits de libre mouvement dans certaines régions d'Afrique et travaillant dans le secteur formel sont facilement à enregistrer. Il est également possible de surveiller l'état de santé et d'inclure dans un système de soins de santé les réfugiés qui se dirigent vers un camp de réfugiés ou les demandeurs d'asile qui demandent le droit de résidence. Cependant, il existe plusieurs groupes pour lesquels la collecte de données est difficile, voire impossible. Certains migrants vivent dans des zones éloignées où ils peuvent être difficiles à joindre. D'autres sont des populations très mobiles comme les nomades. La dynamique de la migration moderne comprend également un nombre croissant de travailleurs migrants temporaires avec lesquels des interactions régulières pour la santé ou des traitements de suivi sont des défis en soi. Outre ceux qui sont difficiles à atteindre, il y a aussi ceux qui évitent activement tout contact avec le gouvernement ou le système de soins de santé. L'un de ces groupes est constitué de migrants en situation irrégulière, qui évitent souvent les contacts par crainte de se voir demander des papiers ; sans lesquels ils courent le risque d'être détenus et expulsés. De nombreux États membres de l'UA ont de vastes zones frontalières inhabitées que les migrants peuvent utiliser pour pénétrer dans le pays sans s'arrêter à un poste frontière et être pris en compte. Dans certains cas, comme avec les victimes de la traite, il existe des obstacles évidents relatifs à l'engagement avec les autorités ou les services de santé.

Pour ces groupes, une approche communautaire est judicieuse: travailler avec les représentants de la communauté pour s'appuyer sur les réseaux de confiance existants et indiquer clairement que la collecte et la rétention des données leur est bénéfique et ne les exposera pas à un risque supplémentaire de discrimination, d'exclusion ou interactions avec les autorités. Des enquêtes ciblant spécifiquement les populations de migrants irréguliers difficiles à atteindre, combinées à des recherches qualitatives, peuvent donner des informations significatives (OIM et OMS, 2010, p. 12). Par exemple, une étude commandée par l'UA a pu enquêter sur les migrants somaliens au Kenya, qui communiquent rarement avec des personnes extérieures à leur communauté (CUA / SLE, 2021). Cela a été rendu possible grâce à la confiance initiale établie par un établissement de l'OIM traitant à la fois les migrants et les habitants sans papiers.

Dans tous les efforts visant à améliorer la disponibilité et l'utilisation des données sur la migration et la santé, il est essentiel d'inclure les migrants et leurs représentants dans le processus de collecte et d'analyse des données, afin de gagner leur confiance, d'accroître la coopération et d'améliorer la qualité des efforts.

Sources de données existantes

Les données sur les migrations et la santé sont actuellement de qualité limitée et cela restreint les connaissances sur les migrations pour une meilleure gestion. Il y a, cependant, de nombreux efforts de la part de différents acteurs, l'OIM étant la plus productive au niveau international, et soutient d'autres parties prenantes avec ses travaux.

Le portail de données sur la migration de l'OIM fournit des informations sur différents flux, vulnérabilités, intégration et bien-être des migrants, leur lien avec le développement, la politique migratoire et bien d'autres sujets (OIM, 2021c). Il fournit également des informations pour contextualiser ces sujets. Le centre d'analyse des données de migration mondiale de l'OIM complète le portail de données avec des analyses et des rapports approfondis (IOM, 2021b). En combinaison avec les sources de données de l'OMS et de la Banque mondiale, de nombreux indicateurs sont accessibles au niveau national. En outre, l'OIM fournit des données spécifiques sur le déplacement et la traite en Afrique dans sa matrice de déplacement et la base de données mondiale sur la traite des êtres humains (OIM, 2018a, 2021a). Les profils nationaux de migration sont un outil d'information standard utilisé par de nombreux pays. Ils montrent les modèles de migration, leur influence sur le développement et identifient des stratégies au niveau des pays pour combler les lacunes de données. En réunissant les parties prenantes dans des groupes de travail techniques, ils renforcent les capacités et la coordination entre les différents efforts (Borgnäs, 2018). On devrait avoir plus de profils. À ce jour, 12 États membres de l'UA n'ont pas publié de profil, tandis que 20 n'en ont publié qu'un. Une publication régulière de tous les pays devrait être soutenue. Considérant que la migration pour des raisons économiques est la forme la plus dominante de migration, la banque de données de l'OIT sur la migration de main-d'œuvre est une autre source très pertinente (OIT, 2020). L'UA elle-même fournit également des informations avec le Rapport sur les statistiques de la migration de main-d'œuvre en Afrique (Union africaine, 2017).

Une nouvelle approche du Conseil danois pour les réfugiés et d'IBM est un modèle de prévision de la migration (RDC, 2018; IBM, 2019). Les données sur la migration sont combinées à plus de 120 indicateurs de développement des 25 dernières années. Sur cette base, un modèle d'apprentissage automatique prédit les effectifs de migration, l'emplacement d'origine, l'itinéraire et la destination de l'année prochaine. Il suggère également la probabilité et les facteurs des futurs flux migratoires.

Recommandations	Terme	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> Unifier et normaliser davantage les définitions et les mesures des indicateurs pour créer de grandes sources de données nationales intégrées 	Court à moyen terme	UA, CER, EM
<ul style="list-style-type: none"> Élargir la couverture des profils de migration pour l'élaboration des politiques migratoires et l'échange des parties prenantes, conduisant à de plus grandes capacités 	Court à moyen terme	UA, CERs, EM
<ul style="list-style-type: none"> Cibler les populations difficiles à atteindre et les plus vulnérables (par exemple, les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées) avec une analyse de la situation pour mieux comprendre leurs besoins pour y répondre efficacement 	Court à moyen terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> Inclure les migrants dans la planification et la mise en œuvre de la collecte de données 	Moyen terme Moyen terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> Inclure des indicateurs de migration et de santé dans les statistiques existantes d'autres secteurs 	Moyen terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les capacités de recherche, de collecte / analyse de données et de partage et l'échange de bonnes pratiques dans ces domaines, non seulement au niveau national, mais aussi au niveau régional 	Moyen terme	EM, CERs
<ul style="list-style-type: none"> Soutenir la mise en œuvre de l'initiative du NEPAD, en particulier dans le domaine des technologies de l'information et de la communication pour une meilleure collecte et un meilleur échange de données 	Moyen terme	UA, CERs, EM
<ul style="list-style-type: none"> Développer et utiliser des instruments de collecte de données innovants 	Moyen terme	UA, CERs, EM
<ul style="list-style-type: none"> Coopérer à la normalisation et au partage des données au niveau international pour améliorer la compréhension régionale et continentale des problèmes de santé transfrontaliers 	Moyen terme	UA, CERs, EM
<ul style="list-style-type: none"> Expliquer aux migrants pourquoi leurs données sont collectées et ce que les avantages sont, tout en luttant contre l'utilisation abusive des informations 	Long terme	EM

2. Politiques et cadres juridiques pour la migration et la santé

Ce chapitre examine les défis des processus de migration et d'élaboration des politiques de santé au niveau national. L'atteinte de l'objectif de politiques cohérentes peut être entravée par des vues politiques traditionnelles, des domaines administratifs isolés ou des intérêts conflictuels. Ces obstacles sont présentés dans une première partie. Ensuite, les différentes dimensions dans lesquelles les politiques doivent être cohérentes sont expliquées. Enfin, nous incluons plusieurs exemples de bonnes pratiques et des recommandations.

Les politiques traditionnelles ont tendance à mettre l'accent sur le secteur qui les fait progresser. Les politiques des domaines de la migration et de la santé, qui au départ n'étaient pas liées entre elles sont des exemples évidents. Les politiques de migration sont souvent axées sur les aspects administratifs et de sécurité; tandis que les politiques de santé ciblent généralement la population locale, plutôt que d'envisager l'arrivée de non-ressortissants.

Les raisons d'une telle focalisation limitée incluent l'existence d'institutions avec des responsabilités séparées dans leurs domaines respectifs avec un manque d'information et de prise en compte pour les autres domaines, mais aussi avec des intérêts contradictoires. Les ministères en charge de la migration, généralement sous les ministères de l'intérieur, ou dans d'autres États membres, sous les affaires étrangères ou même les ministères spécialisés pour les migrants et la diaspora, se préoccupaient principalement de créer une migration ordonnée, bien administrée et sûre avec un statut spécial pour les nouveaux migrants. Avec ces objectifs, ils ont très probablement compliqué l'accès des migrants à la santé. Ceci, à son tour, porte préjudice à la santé de la population en général - qui est le principal intérêt des ministères de la santé. Il devient assez rapidement évident que ces efforts opposés sont contre-productifs et doivent être résolus par la coopération. En outre, la mise en œuvre de la politique de santé doit être financée et des considérations fiscales doivent donc également être prises en compte. Si le paiement des services de santé des migrants est coûteux pour les États, la prévention et les soins primaires sont beaucoup moins chers que les soins d'urgence ou les problèmes de santé qui peuvent se propager dans une population. De plus, un système d'administration et de surveillance bien réglementé est plus coûteux, mais est plus propice à une intervention ciblée et a plus de chances d'être rentable à long terme (Legido-Quigley et al., 2019; Trummer & Krasnik, 2017) ; OMS, 2018b, 2018a).

Ce qui complique encore les choses pour le législateur, ce sont les schémas de migration moderne. Alors que l'on s'attendait autrefois à ce que la migration implique un seul voyage et que les migrants visent la naturalisation, il y a une augmentation de la migration circulaire ou saisonnière marquée par des séjours répétés mais discontinus dans un pays sans formalisation de résidence. Cela complique leur accès au système de santé régulier.

Les besoins de santé des migrants et des réfugiés dans les situations d'urgence sanitaire doivent également être pris en compte. Cette question a pris une importance particulière pendant la pandémie actuelle de COVID-19, car les restrictions de voyage et le resserrement des frontières ont affecté ces groupes. L'OIM et le HCR ont suspendu les voyages de réinstallation en mars 2020 pour tous, sauf en cas d'urgence (Kluge et al., 2020). Les migrants et les réfugiés font déjà face à de conséquences plus graves en matière de santé en raison de facteurs tels que le fait de vivre dans des logements de mauvaise qualité avec une forte densité de population et un accès limité aux installations WASH, le manque d'accès aux services de santé et aux informations, le manque d'accès aux mesures préventives ou le risque relatif aux violences physiques ou sexuelles au cours de leurs voyages migratoires (OIM, 2020b).

Ces points montrent clairement qu'il y a un besoin de coordination et de coopération pour créer des politiques et des cadres juridiques qui peuvent réglementer la migration et la santé et inclure des éléments pour assurer leurs interdépendances. La législation dans ce domaine ne peut pas non plus se limiter à ces deux domaines de la migration et de la santé mais doit, tout comme les efforts de collecte de données, inclure autant d'autres secteurs que possible. D'autres secteurs peuvent inclure les infrastructures ou l'éducation, car ceux qui recherchent de l'aide doivent avoir la possibilité de se rendre dans les établissements de santé, être alphabétisés dans la langue locale ou bénéficier de l'assistance d'interprètes, ou plus fondamentalement, comprendre leurs droits et obligations en tant que migrants. Une autre dimension de la législation intégrée est la coordination entre les niveaux de gouvernement. Il est peu utile que des politiques soient adoptées au niveau national mais rencontrent de la résistance ou surchargent les ressources et les capacités aux

niveaux inférieurs de gouvernance. En outre, comme cela a été souligné précédemment, les aspects financiers doivent être pris en compte, car la santé est un domaine coûteux et, compte tenu des ressources généralement limitées, peut constituer un obstacle sérieux à l'accès des migrants à la santé.

Une dernière dimension sur laquelle les politiques doivent être cohérentes est la dimension internationale. Dans l'idéal, les paysages politiques cohérents au niveau national ne devraient pas être différents de ceux des pays voisins ni entrer en conflit avec ceux-ci. Les consultations internationales peuvent contribuer à la consolidation à ce niveau, qui est le sujet du chapitre suivant.

Plusieurs exemples d'action politique nationale de plus en plus cohérente peuvent être trouvés au sein des États membres de l'UA. Celles-ci incluent les efforts de l'Algérie où les mesures de sécurité sanitaire au travail des travailleurs migrants jouent un rôle plus important. Dans ce contexte la fourniture de médicaments aux travailleurs est même une obligation de l'employeur (OMS, 2018a, p. 5). Les efforts visant à améliorer la santé au travail des migrants se multiplient et l'Éthiopie, le Ghana, le Mozambique, la Namibie et le Sénégal ont lancé des campagnes nationales sur ce sujet. Des efforts similaires en matière de santé au travail des travailleurs migrants, entre autres, sont déployés au Libéria par l'intermédiaire de la commission libérienne pour le rapatriement et la réinstallation des réfugiés, une commission inter institutions chargée de toutes les activités humanitaires concernant les réfugiés et les migrants (OMS, 2018a, p. 11-12, 27). À titre d'exemple de politiques de santé d'urgence, l'Algérie, l'Égypte, le Maroc, la Tunisie et le Rwanda ont inclus les migrants réguliers et les réfugiés dans leurs plans de vaccination contre la COVID-19 (HCR, 2021b, 2021a).

Les efforts déployés par le Kenya pour intégrer ses politiques à travers un processus de consultation nationale, l'une des approches les plus globales, constituent la base de l'exemple de bonne pratique ci-dessous.

Bonne pratique: politiques intégrées au Kenya

Le Kenya a reconnu la nécessité d'une approche unifiée et intégrée du thème de la migration et de la santé et a entrepris plusieurs actions. En 2011, la Consultation nationale sur la santé des migrations a réuni des organismes gouvernementaux, des organisations internationales et la société civile «pour parvenir à un consensus commun sur la garantie de services de santé de qualité et équitables pour les migrants et les populations mobiles au Kenya» (OIM, 2011, p. 1). Cela a abouti à la création d'un groupe de travail technique par le ministère de la Santé en 2013 pour promouvoir davantage l'agenda de la santé des migrants et analyser les cadres politiques existants en matière de migration et de santé (Odipo, 2018). En 2016, le gouvernement a lancé le mécanisme national de coordination sur les migrations (NCM), une plate-forme inter institutions chargée de la gestion nationale des migrations. Le NCM a rédigé la première politique nationale de migration unifiée du pays en 2017, contenant des directives complètes de gestion des migrations, conformément aux ODD. Il inclut également la santé en tant que question transversale, ce qui l'intègre dans la politique nationale de migration (OIM, 2018c, 2018b).

Ce cadre politique de plus en plus intégré est également reconnaissable dans plusieurs politiques individuelles. Le projet de loi sur les réfugiés (2019) remplace la loi sur les réfugiés (2006). À l'instar de son prédécesseur, le projet de loi de 2019 sur les réfugiés promet une protection et une attention particulière aux besoins de santé des groupes vulnérables. Il est développé en nommant ceux qui sont traumatisés et leurs besoins particuliers. Il comprend en outre un dépistage médical de tous les réfugiés et demandeurs d'asile qui entrent au Kenya pour arrêter la propagation de maladies contagieuses. De plus, il stipule l'égalité de traitement et l'intégration des réfugiés ainsi que la sensibilisation des communautés d'accueil à la présence et à la coexistence des réfugiés. Un autre bon exemple de politiques plus inclusives et intégrées est la Politique de gestion de l'hygiène menstruelle (2019), qui inclut les migrants et les réfugiés comme groupes cibles. La politique nationale de migration et la politique nationale de migration de la main-d'œuvre à venir, actuellement en cours d'élaboration, devraient continuer d'unifier les approches politiques du Kenya en matière de migration et de santé. Le grand nombre de migrants pose un «défi sanitaire national» au Kenya, ce qui a été reconnu dans la politique de santé du Kenya 2014-2030 (2014, p. 18).

Recommandations	Terme	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que l'accès des migrants à la santé ne soit pas restreint sur la base du statut migratoire, en particulier pendant les urgences sanitaires. 	Court à moyen terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller l'élaboration et la mise en œuvre des politiques en matière de migration et de santé pour avoir un aperçu des progrès et des domaines qui nécessitent des actions supplémentaires. (par exemple, avec l'indicateur UN DESA ODD 10.7.2) 	Court à moyen terme	UA, CERs, EM
<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer les migrants et leurs représentants dans le processus d'élaboration des politiques pour gagner leur point de vue et comprendre leurs besoins, ce qui se traduira par politiques plus ciblées et donc plus efficaces 	Moyen terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> • Comblent les lacunes et résolvent les contradictions de la législation à l'intersection domaines politiques tels que la migration et la santé 	Moyen terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> • Organiser de larges processus de consultation pour inclure toutes les parties prenantes concernées en train d'adopter une législation qui traite de la migration et de la santé d'une manière intégrée, cohérente et holistique 	Moyen terme	UA, CERs, EM
<ul style="list-style-type: none"> • Aligner la législation nationale sur les normes internationales aux niveaux régional, continental et mondial, en ratifiant ces accords ou en transférant les lignes directrices dans la politique 	Long terme	EM

Avec un accent particulier sur la migration de main-d'œuvre, le Cadre de Politique migratoire de l'Union Africaine fournit plus de 30 recommandations supplémentaires (Union africaine, 2018a, p. 35ff).

3. Coopération interétatique et interrégionale sur les migrations et la santé en Afrique

Étant donné que la migration implique et relie souvent des lieux au-delà des frontières nationales, les approches interétatiques et interrégionales de la gestion de la migration et de la santé sont essentielles pour la prestation de services de soins de santé d'urgence ou à long terme aux migrants en Afrique. Les normes minimales, l'engagement en faveur d'objectifs communs, les consultations et l'assistance mutuelle sont des outils efficaces pour surmonter les disparités en matière de santé entre les régions et les pays. Ce chapitre met en lumière certains des cadres internationaux les plus importants qui traitent et affectent la santé des migrants aux niveaux mondial et continental. Bien que non exhaustif, il vise à donner un aperçu utile. Pour des exemples du niveau régional, veuillez consulter l'annexe I.

Global

L'architecture institutionnelle et juridique mondiale de la santé publique est relativement bien développée. La santé a longtemps été considérée comme un élément clé du développement socio-économique, tandis que le rôle de la santé dans les situations d'urgence humanitaire est également bien compris. La définition principale de la santé est « l'absence de maladie et de souffrance », mais la santé est également comprise comme étant constituée d'une gamme de déterminants sociaux tels que la famille, l'emploi ou l'éducation (OIM, 2020d). Le droit à la santé est inclus à l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies, qui stipule que « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour sa santé et son bien-être et celui de sa famille, y compris la nourriture, les vêtements, logement et soins médicaux » (Assemblée générale des Nations Unies, 2008).

Le cadre opérationnel de Madrid de l'OIM, basé sur la Consultation mondiale sur la santé des migrants, présente un canevas d'un cadre opérationnel pour guider les actions des principales parties prenantes (OIM et OMS, 2010). Il exige que les normes protégeant les droits des migrants à la santé soient internationalement reconnues et intégrées au niveau national dans la loi applicable. Les politiques pour différents secteurs (par exemple, la migration, la santé, mais aussi les normes du travail ou l'éducation) devraient être intégrées pour refléter ces questions transversales et servir un objectif commun. Il appelle également à davantage d'efforts en matière de données sur la migration et la santé, ainsi qu'à des améliorations pour rendre les services de santé plus accessibles aux migrants.

Les ODD fournissent également des cibles claires relatives à différents aspects de la santé, l'objectif 3 se concentrant entièrement sur le sujet (ONU, 2015b, p. 20). En outre, la politique et la programmation de la santé constituent une partie importante du développement et des pratiques humanitaires pour une certaine période bien que l'on s'inquiète de leur degré de réalisation d'ici 2030. D'autres cibles des ODD sont également pertinentes pour la migration et la santé, comme l'ODD 10.7, qui fait appel aux pays de faciliter une migration et une mobilité des personnes ordonnées, sûres, régulières et responsables, notamment par la mise en œuvre de politiques migratoires planifiées et bien gérées. L'indicateur 10.7.2 décrit l'état des politiques nationales de migration et vise à « offrir aux non-ressortissants un accès égal aux soins de santé essentiels ou d'urgence, à la sécurité sociale et à l'accès à la justice (UN DESA, 2020).

Reconnaissant ce fait, l'OIM a également développé un cadre de gouvernance des migrations (MiGOF) pour aider à définir à quoi pourrait ressembler une « politique migratoire bien gérée » au niveau national (OIM, 2016). De plus, des indicateurs de gouvernance de la migration ont été développés pour évaluer les cadres nationaux et aider à opérationnaliser le cadre de gouvernance des migrations (MiGOF). Ils sont basés sur des contributions politiques, donnant un aperçu des leviers politiques que les pays peuvent utiliser pour développer leur gouvernance des migrations. La santé est considérée dans ce cadre. La dimension « droits des migrants » du cadre de gouvernance des migrations (MiGOF) évalue dans quelle mesure les migrants ont le même statut que les citoyens en ce qui concerne l'accès aux services sociaux de base tels que la santé, l'éducation et la sécurité sociale (OIM, 2019).

De même, le Programme de sécurité sanitaire mondiale fournit des cadres clairs pour gérer la sécurité sanitaire et renforcer la capacité des systèmes de santé à surveiller et à répondre aux flambées épidémiques aux niveaux national, régional et international (GPMB, 2020). L'OMS a également publié son Cadre de priorités et principes directeurs pour la promotion de la santé des réfugiés et des migrants et le Plan d'action associé 2019-2023 en reconnaissant les besoins sanitaires clairs de ces groupes et de leur impact potentiel sur des populations plus larges dans leurs pays de résidence (OMS, 2019a).

En ce qui concerne spécifiquement la santé d'urgence, l'OMS travaille dans le cadre de plusieurs politiques et cadres de programmes, tels que le Règlement sanitaire international (OMS, 2005), l'affaire de tous - Renforcer les systèmes de santé pour améliorer les résultats de santé: cadre d'action (OMS, 2007), qui est utilisé pour suivre le renforcement du système de santé, ou le Cadre d'intervention d'urgence de l'OMS (OMS, 2013) qui clarifie les rôles et responsabilités de l'OMS et fournit une approche commune pour son travail dans les situations d'urgence. L'OIM fournit également des réponses sanitaires d'urgence dans le cadre de son cadre opérationnel de crise migratoire (MCOF) (OIM, 2020c).

En revanche, les cadres mondiaux en place axés spécifiquement sur la migration ont sans doute été beaucoup moins bien développés et sont plutôt réactifs aux événements concrets (Flahaux et De Haas, 2016). L'accord du Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières et le Pacte mondial sur les réfugiés en 2018 sont les premiers accords mondiaux que les États membres de l'ONU ont convenu pour la gestion des migrations et des flux migratoires (ONU, 2018; HCR, 2019). Soulignant que la santé est une priorité transversale et appelant à l'inclusion des migrants dans les politiques et stratégies, celles-ci incluent une série d'actions pertinentes pour la santé. Un exemple est l'Action (e) de l'Objectif 15: Fournir un accès aux services de base pour les migrants, qui appelle les États membres à "intégrer les besoins de santé des migrants dans les politiques et plans de santé nationaux et locaux" (ONU, 2018, p. 23). Cependant, ceux-ci ne sont pas légalement contraignants et peuvent être difficiles à mettre en œuvre au niveau politique dans certains contextes en raison de débats publics et politiques très intenses sur la migration, en particulier dans les pays de destination (mais pas seulement). En ce qui concerne les femmes migrantes, l'OMS a mis en lumière leur situation, y compris les accords internationaux et les défis de leur mise en œuvre dans les États membres de l'UA (OMS, 2018c).

Continental

L'UA reconnaît les avantages de la migration intercontinentale et a fait de la libre circulation des personnes un principe clé de ses efforts pour une plus grande intégration économique et politique, comme énoncé dans son Agenda 2063, dont l'un des objectifs est de parvenir à la libre circulation des citoyens africains à travers le continent (Union africaine, 2015b, p. 4). Il fixe également l'objectif d'une population en bonne santé et bien nourrie, «qui appelle à l'accès universel à des services de santé de qualité et reconnaît l'importance de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé» (OIM, 2020a, p. 174). L'Accord de libre-échange continental africain, qui a été lancé en 2018 et devait entrer en vigueur à partir de janvier 2021, vise également la libre circulation, qui vise à créer un marché unique, approfondissant l'intégration économique du continent (Union africaine, 2020). Dans le même temps, malgré cette direction relative aux déplacements au niveau de l'UA, différents États membres et CER de l'UA se trouvent à des stades différents de mise en œuvre de ce programme, et des considérations économiques, politiques et de sécurité locales peuvent faire obstacle à la mise en œuvre des dispositions relatives à la libre circulation, et la gestion des flux migratoires (réguliers, irréguliers ou mixtes) en particulier.

Compte tenu des opportunités de développement potentielles à exploiter qui sont associées à la migration sur le continent africain, ainsi que des défis potentiels posés par la migration sur le continent africain, l'UA a adopté en 2006, le Cadre de politique de migration pour l'Afrique (Union africaine, 2006). Ce cadre fournit des lignes directrices politiques complètes et intégrées pour les États membres de l'UA et les CER afin de promouvoir la migration et de relever les défis émergents d'une mobilité accrue comme la gestion des migrations, la gestion intégrée des frontières, les questions de genre ou les déplacements forcés. Après une évaluation en 2016, l'UA a révisé le cadre de la politique migratoire (MPFA) et formulé un plan d'action pour sa mise en œuvre. Les directives identifient «la migration et la santé» comme l'une des questions transversales du MPFA, ainsi que des sujets tels que les droits de l'homme, la migration et le genre, et la gestion des données sur la migration (Union africaine, 2018a, p. 74). Il appelle donc à des politiques, programmes et stratégies inclusifs et intégrés ainsi qu'à l'inclusion des migrants dans les systèmes nationaux.

La Stratégie africaine de la santé 2016-2030 vise le bien-être de tous et reconnaît la vulnérabilité particulière des migrants (2016a). Il s'appuie en outre sur les précédents documents continentaux et mondiaux pour considérer la santé comme un droit humain pour tous, appelant à l'équité dans l'accès aux services de santé et traitant des déterminants sociaux de la santé. Le Cadre de politique humanitaire de l'UA (Union africaine, 2015a) fournit également un cadre global et établit une approche stratégique et des lignes directrices concernant les déplacements de population dans les crises humanitaires.

En outre, lors du sommet de l'UA à Kigali en 2016, un passeport panafricain a été lancé, qui vise à favoriser des régimes de visas avantageux dans toute la région (Union africaine, 2016b). Deux ans plus tard, l'UA a adopté un protocole à l'échelle du continent qui vise à permettre la liberté de mouvement pour toutes les personnes sur le continent africain (Union africaine, 2018b). Si elle est pleinement mise en œuvre par tous les États membres, elle a le potentiel d'améliorer considérablement la migration intra-régionale et d'apporter des avantages socio-économiques (McAuliffe et Kitimbo, 2018). Et malgré certaines réserves, la majorité des États membres ont signé le protocole de libre circulation de l'UA qui a été adopté lors du sommet extraordinaire de l'UA de 2018 qui s'est tenu à Kigali, au Rwanda, bien qu'en novembre 2019, seuls quatre États membres - le Rwanda, le Niger, le Mali et Sao Tomé-et-Principe - l'ont ratifié (Union africaine, 2018b). La liberté de mouvement à travers le continent promet d'améliorer l'accès à la couverture sociale et aux services de santé, à mesure que les migrants africains deviennent des citoyens africains. Pour plus de documents sur le niveau continental dirigé par l'UA, veuillez vous référer au « Rapport sur la migration en Afrique: remise en question du scénario » de l'OIM (OIM, 2020a, p. 11).

Les structures de l'UA et de ses CER signifient qu'elle peut être très efficace pour fournir des orientations et améliorer la gouvernance aux niveaux transfrontalier et continental, mais la responsabilité ultime de la migration ou de la santé incombe aux niveaux régional et national, et les États membres sont chargés de la mise en œuvre avec le soutien des organes compétents de l'UA et des CER. Les institutions de l'UA telles que le CDC africain et les CER ont un rôle de leadership important à cet égard, par exemple en termes de définition de normes régionales et continentales, de partage des bonnes pratiques et de suivi de la mise en œuvre de leurs activités respectives.

Régional

Au-dessous du niveau continental, sous la direction de l'Union africaine, les Communautés économiques régionales (CER) dirigent les efforts de coopération en matière de migration et de santé. Ils diffèrent par leur activité et leur champ de coopération (une liste des politiques pertinentes est fournie à l'annexe 1). L'importance de la coopération régionale en matière de santé et de santé d'urgence dans le contexte africain est en outre soulignée par le fait que 12 des 18 de la liste des urgences de l'OMS ont affecté les États membres de l'UA (OMS, 2021b). Comme le notent Amaya et De Lombaerde, les organisations continentales et régionales jouent un rôle essentiel en aidant à coordonner les réponses des pays, ainsi qu'à minimiser les risques liés aux futures urgences sanitaires (Amaya et De Lombaerde, 2021). Un exemple de bonne pratique à cet égard est la réponse régionale de la SADC à la pandémie du COVID-19, qui définit 10 actions régionales coordonnées par les États membres, telles que la gestion des fermetures de frontières et le transport des biens essentiels. Il a également mis en commun les services d'achat de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales ([SADC 2020](#)).

Partenariats et coopération en perspective

Bien que ce chapitre se soit concentré sur les cadres et accords des États nationaux et des organisations internationales, il y a davantage d'acteurs qui doivent être impliqués. Il est essentiel que les ONG et les représentants de divers groupes (par exemple, les migrants), les secteurs public et privé, les prestataires de soins de santé, la société civile, les agences de développement et autant d'autres parties prenantes s'y impliquent. Chacun d'entre eux peut apporter son expertise spécifique et est capable de mettre en œuvre des actions que d'autres ne peuvent pas. Pour une coopération holistique, le partage des connaissances, le renforcement des capacités et des actions conjointes à travers toutes les frontières et tous les domaines pertinents pour le lien entre la migration et la santé deviennent possibles. De bons exemples de cette approche collaborative incluent le partenariat entre le Conseil danois pour les réfugiés, IBM et les autres partenaires mentionnés ci-dessus (RDC, 2018), ou le Corps de santé des volontaires africains de l'Africa CDC (Africa CDC, 2021). Cette initiative travaille avec des partenaires internationaux, continentaux, régionaux et nationaux pour recruter des professionnels de la santé et de la santé publique volontaires africains et de la diaspora pour soutenir la réponse d'urgence aux épidémies en Afrique.

Recommandations	Terme	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> Ratifier et mettre en œuvre le Protocole de libre circulation de l'Union africaine 	Court terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> Adapter les politiques et cadres mondiaux au contexte africain et assister les CER et les États membres dans la mise en œuvre 	Moyen terme	AU
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer des lignes directrices et des protocoles de santé d'urgence continentaux et régionaux pour permettre la coopération interétatique 	Court terme	CER, UA
<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les capacités des départements de la santé et des affaires sociales des CER, pour leur permettre d'harmoniser les politiques de migration et de santé et problèmes de santé transfrontaliers entre les États membres respectifs 	Moyen terme	CERs, UA
<ul style="list-style-type: none"> Élargir les plates-formes et les mécanismes de dialogue et de coopération entre les secteurs, les pays et les régions, ce qui peut conduire à davantage d'accords internationaux et encourager ainsi une plus grande cohérence en matière de santé et formulation et mise en œuvre de la politique migratoire dans les États membres 	Moyen terme	UA, CERs, EM
<ul style="list-style-type: none"> Consulter les migrants et leurs représentants sur les programmes de coopération internationale visant à répondre à leurs besoins en matière de santé 	Moyen terme	UA, CERs, EM
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer régulièrement les cadres politiques nationaux en augmentant la coordination et la cohérence des politiques entre les domaines politiques (par exemple, le secteur de la santé et gestion des migrations) et entre pays ou régions avec les conseils et l'assistance des CER, de l'UA et des acteurs internationaux 	Long terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> Travailler à une intégration régionale accrue et à une consultation entre les États membres, en adaptant davantage les mesures politiques de l'UA à leur région et État membre respectifs un facilitateur intermédiaire 	Long terme	CERs

4. Systèmes de santé sensibles aux migrations

Dans le cadre de la Stratégie sanitaire africaine (AHS) de l'UA, de nombreux pays africains font des efforts importants pour améliorer le système de santé et la fourniture de services à leurs populations. Atteindre la couverture sanitaire universelle est un objectif clé comme le réaffirme la stratégie (Union africaine, 2016a, p. 16). Cela comprend l'extension de la couverture à plus de personnes, l'offre de plus de services et l'augmentation de la protection financière en réduisant, par exemple, le partage des coûts des patients (OIM et OMS, 2017, p. 30; OMS, 2021d). Étant donné que ces systèmes de santé s'adressent principalement aux ressortissants d'un pays qui sont intégrés dans la société et restent au même endroit, les services aux populations transitoires telles que les migrants est un défi. Ce défi sera traité dans ce chapitre avec des recommandations pour améliorer la prestation de services de soins aux populations transitoires.

Les difficultés rencontrées par les systèmes de santé avec ce groupe incluent la continuité de la qualité des soins, la capacité de la main-d'œuvre à interagir avec les populations mobiles et à résoudre leurs problèmes de santé, ainsi qu'à rendre leurs services appropriés et accessibles (OIM et OMS, 2017, p. 41). Pour être sensible aux migrants, un système de santé doit inclure les migrants et leurs besoins spécifiques dans les services et modèles de santé, et ouvrir la voie à un engagement multisectoriel pour garantir la santé en tant que question transversale qui doit être abordée dans d'autres domaines de la vie des migrants au-delà du système de santé. Il devrait également inclure les migrants et les représentants de leurs intérêts dans la planification et la mise en œuvre, et être durable à long terme en garantissant un financement (Union africaine, 2018a, 2019; OIM et OMS, 2010, p. 41ff).

Comme le souligne l'AHS dans ses principes directeurs, la santé doit être accessible à tous (Union africaine, 2016a, p. 15). Les migrants étant confrontés à de nombreux obstacles pour utiliser les services de santé, l'accessibilité est l'un des principaux défis dans les efforts visant à inclure les migrants dans les systèmes de santé existants.

Parmi ceux-ci, la barrière de la langue est l'une des plus problématiques car elle entraîne un manque de communication et d'information, compliquant presque toutes les barrières suivantes. Sans une connaissance de base de la langue officielle ou locale, les migrants nouvellement arrivés ont du mal à s'informer sur les procédures des systèmes de santé, les conditions préalables aux soins, ou où aller pour obtenir de l'aide. En outre, cela peut fortement gêner la communication entre les praticiens et les patients, par exemple lors du suivi des antécédents médicaux, la communication sur les symptômes ou la compréhension des instructions et le consentement au traitement. Souvent, ceux qui demandent de l'aide ne peuvent pas compter sur une personne de leur propre réseau pour les aider. Par conséquent, il serait très utile que les centres fournissent une assistance en matière d'interprétation.

Un autre obstacle est la documentation. Sans cela, les migrants peuvent craindre d'être dénoncés aux autorités, les décourageant de se faire soigner, ce qui aggrave encore leur situation sanitaire. Bien que cela soit particulièrement vrai pour les migrants en situation irrégulière, même les migrants réguliers comme ceux qui viennent avec un visa de travail peuvent être confrontés à des processus administratifs retardés ou intempestifs, les laissant dans une situation quasi sans papiers en attente de leurs documents. Une mesure pour supprimer cet obstacle consisterait à accélérer les processus administratifs, ce qui n'est pas facile à faire. Une autre option peut être d'offrir certains soins sans avoir besoin de documentation (OMS, 2018a, p. 9).

Le coût du traitement est un autre obstacle. Si les migrants ne sont pas inclus dans les programmes nationaux d'assurance ou ne peuvent pas générer de revenus, il est difficile de s'offrir des soins. Ceci est encore une fois particulièrement vrai pour les migrants en situation irrégulière. Cependant, cet obstacle est bien reconnu par l'UA et ses États membres. Les réfugiés et les demandeurs d'asile reconnus reçoivent généralement des soins de santé par le gouvernement et, dans certains cas, peuvent également participer à des régimes d'assurance nationaux (OMS, 2018a, p. 10). Les travailleurs migrants avec des documents valides sont généralement assurés par l'intermédiaire de leur employeur. Afin d'atteindre leur objectif de la CSU, l'UA et ses États membres travaillent à étendre les soins à un plus grand nombre de personnes en incluant les familles des travailleurs dans les régimes d'assurance. L'UA reconnaît deux problèmes importants dans le financement de la santé. D'une part, «La prévention est le moyen le plus rentable de réduire la charge de morbidité» (Union africaine, 2016a, p. 15), ce qui indique que les soins de santé primaires doivent être renforcés et rendus plus accessibles. Cela éviterait aux patients d'avoir accès à des soins secondaires ou

tertiaires qui sont plus préjudiciables à leur santé et beaucoup plus coûteux. De plus, les dirigeants africains sont conscients que les investissements dans la santé ont un rendement exponentiel avec un facteur de 10 à 20 fois l'investissement (Union africaine, 2019). Pour réaliser cet investissement, l'UA et ses États membres ont signé un protocole d'accord avec l'OMS pour faire progresser ses efforts de mise en œuvre d'un financement durable de la santé, qui est également un objectif de l'Appel à l'action d'Addis-Abeba sur la CSU (ONU, 2015a; OMS, 2019b) .

Un obstacle essentiel à la santé des migrants est la dimension culturelle. Prendre soin de patients d'autres origines implique la prise en compte des différences de religion, de facteurs sociaux et de genre, de sujets liés à la santé reproductive et infantile, l'utilisation de la médecine traditionnelle, etc. Le fait de ne pas tenir compte de ces facteurs peut être une raison de méfiance de la part du patient, ce qui a pour effet d'éviter les soins ou d'être en conflit avec le personnel de santé. Par conséquent, l'UA a reconnu que «le respect de la diversité culturelle et de l'égalité des sexes est important pour surmonter les obstacles à l'accès à la santé» comme principe de base de la Stratégie africaine de la santé (Union africaine, 2016a, p. 15). Les planificateurs et les praticiens du système de santé peuvent être informés sur les différences par des représentants des migrants qui conseillent les établissements. Une autre option consiste à inclure des professionnels qui ont eux-mêmes de l'expérience de la migration, comme l'Africa Health Placement qui soutient les médecins réfugiés de la RDC dans le processus d'enregistrement et d'emploi en Afrique du Sud (OMS, 2018a, p. 17).

Un obstacle étroitement lié est celui de la formation et de la sensibilisation du personnel, à la fois médical et non médical. Les planificateurs et les praticiens sont, tout comme les systèmes de santé eux-mêmes, rarement formés aux caractéristiques et aux besoins des migrants. Leur formation habituelle comprend rarement les profils épidémiologiques propres aux migrants. Outre la prévalence de la maladie et le contexte culturel différents, cela inclut également les problèmes psychosociaux et de santé mentale affectant les migrants après des voyages de privation et des expériences traumatisantes. Tout comme dans la dimension culturelle, le personnel doit être formé et sensibilisé à ces sujets, faute de quoi la méfiance et les conflits peuvent survenir. Cela peut réduire considérablement la volonté de rechercher des soins et leur qualité. L'Association Malienne des Expulsés et Médecins du Monde coopèrent avec le Gouvernement malien pour fournir une assistance en matière de santé mentale aux rapatriés forcés dans le pays. Ils offrent des soins primaires, un soutien en santé mentale et un système d'orientation vers le système de santé du pays, tout en s'efforçant de surmonter la stigmatisation et les traumatismes liés à l'échec de la migration au Mali (OMS, 2018a, p. 13).

Un autre sujet difficile spécifique aux migrants est celui de la continuité des soins. L'AHS reconnaît à nouveau ce problème, car les problèmes de santé ne se limitent pas aux frontières, c'est pourquoi la gestion transfrontalière des catastrophes et la lutte contre les maladies sont nécessaires (Union africaine, 2016a, p. 15). Contrôler et traiter les maladies des populations mobiles est un intérêt de chaque État car il est affecté par les mouvements de population. La prise en charge des migrants dans un pays ne doit pas être une intervention ponctuelle, mais doit être un processus continu (OMS, 2018a, p. 23). En outre, les systèmes de santé des pays doivent travailler ensemble pour le suivi et le traitement. Le traitement à long terme qui a commencé dans un pays doit être poursuivi dans un autre, sinon les efforts antérieurs auront été vains et des rechutes sont probables. Comme illustré, de nombreux sujets sont pertinents dans la prestation de soins de santé aux migrants, allant au-delà de ceux qui ont été présentés ici. Afin d'atteindre la couverture sanitaire universelle, l'UA, les CER et les États membres font des progrès décisifs dans de nombreux domaines. L'abaissement des barrières aux soins de santé pour les migrants est l'un d'entre eux, car ce groupe est essentiel pour atteindre cet objectif, d'autant plus que la mobilité interafricaine devrait augmenter à l'avenir.

L'exemple de bonne pratique pour les systèmes de santé sensibles aux migrations provient de la région de la SADC et illustre comment la région, sous la direction de la CER, a répondu aux chiffres élevés d'incidence de la tuberculose tout en tenant compte de la forte mobilité des migrants entre les pays.

Bonne pratique: Continuation des soins entre les pays de la SADC

Selon le rapport de 2012 sur la tuberculose de la SADC, la région de la SADC a accueilli la majorité des pays africains à forte incidence de tuberculose en 2011. 54% des 1,4 million de cas de tuberculose dans la région africaine de l'OMS ont été signalés dans les États membres de la SADC, qui en accueillent moins d'un tiers de la population africaine (SADC, 2013b, p. 7). En 2012, cinq de ses 16 pays figuraient parmi les 22 pays à forte charge de tuberculose au niveau mondial (RDC, Mozambique, Afrique du Sud, République-Unie de Tanzanie et Zimbabwe) (SADC, 2013b, p. 7).

Face à l'augmentation rapide de l'incidence de la tuberculose en Angola, en Eswatini, au Lesotho, en Namibie et en Afrique du Sud entre 2000 et 2010 (OMS, 2021e), la SADC a dû réagir. Afin d'atteindre l'objectif d'éradication de la tuberculose d'ici 2030, les «Normes minimales harmonisées pour la prévention, le traitement et la gestion de la tuberculose dans la région de la SADC» ont été élaborées (SADC, 2010). Elles sont mises en œuvre par les ministères nationaux de la santé, tandis que le Secrétariat de la SADC coordonne et assiste. Les normes minimales concernent des domaines clés de la lutte antituberculeuse, notamment le diagnostic, la définition des cas, le traitement, la tuberculose pédiatrique, la co-infection tuberculose / VIH et la tuberculose résistante aux médicaments. Des normes minimales sont également présentées pour plusieurs questions transversales clés liées à la lutte antituberculeuse, y compris les services de laboratoire, la gestion des ressources humaines et la lutte contre l'infection et la prévention de la tuberculose. Surtout en ce qui concerne les questions transfrontalières, les normes sont intéressantes. Elles permettent de gérer un formulaire de référence normalisé pour ceux qui migrent vers d'autres États membres de la SADC et incluent un mécanisme de rétroaction. Pour l'orientation et le transfert, les États membres qui partagent des frontières ont des accords formels et un système de suivi est développé pour les patients atteints de tuberculose qui quittent leur pays d'origine. Des normes minimales similaires existent pour le paludisme, le dépistage du VIH et le conseil, et un continuum de soins et de soutien pour le VIH et le paludisme chez les enfants et les adolescents (SADC, 2009b, 2009a, 2013a).

Bien qu'il ne soit pas possible de déterminer exactement quelle part de la réduction de la tuberculose peut être attribuée aux normes minimales ou à d'autres mesures, les normes y contribuent certainement. Fait encourageant, aucun des pays n'a montré d'augmentation de l'incidence annuelle de la tuberculose, et alors que quatre pays ont seulement maintenu leur niveau d'incidence, tous les autres États membres de la SADC ont réussi à réduire leur incidence de tuberculose au cours des dix dernières années (OMS, 2021e).

Recommandations	Durée	Acteurs
<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre les efforts pour réduire les obstacles à la santé des migrants et ainsi les inclure progressivement dans les systèmes de santé, par exemple, <ul style="list-style-type: none"> - Fournir une assistance d'interprétation linguistique et culturelle et former les agents de santé et les planificateurs pour mieux répondre les besoins et caractéristiques des migrants - Accélérer les processus administratifs pour une émission plus rapide des documents - Assurer la prestation de soins sans avoir besoin de documentation dans des établissements sélectionnés - Accompagner les migrants dans le financement de leurs besoins de santé en les intégrant dans les régimes d'assurance - Former le personnel de santé à la prestation des services et à la planification des interventions mieux aux différences culturelles et aux besoins de santé spécifiques des migrants ou embaucher du personnel ayant une expérience de la migration - Améliorer la continuité des soins pour les migrants dans le pays d'accueil ou à l'international, pour éviter les interventions sanitaires ponctuelles et assurer un traitement à long terme si nécessaire (cf. exemple de bonne pratique de ce chapitre) 	Court à moyen terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les migrants dans la conception et la prestation des services de santé pour trouver des domaines à améliorer dans les politiques et les pratiques 	Moyen terme	EM
<ul style="list-style-type: none"> • Inclure les migrants dans les systèmes de soins de santé existants, au lieu de construire un système parallèle, ce qui entraînerait des redondances et une plus grande complexité 	Long terme	EM

Références

- Africa CDC. (2021). African Volunteers Health Corps. Africa CDC. <https://africacdc.org/programme/emergency-preparedness-and-response/african-volunteers-health-corps/>
- Africa Center for Strategic Studies. (2019). African Migrant Flows Reshape Security Challenges in Africa. Africa Center for Strategic Studies. <https://africacenter.org/spotlight/african-migrant-flows-reshaping-security-challenges-in-africa/>
- African Union. (2006). African Union: The Migration Policy Framework for Africa. UNHCR. <https://www.unhcr.org/protection/migration/4d5258ab9/african-union-migration-policy-framework-africa.html>
- African Union. (2015a). African Union Humanitarian Policy Framework. <https://www.peaceau.org/uploads/humanitarian-policy-framework-rev-final-version.pdf>
- African Union. (2015b). Agenda 2063: The Africa we want (pp. 1–24). https://au.int/Agenda2063/popular_version
- African Union. (2016a). Africa Health Strategy 2016 – 2030. 1–33.
- African Union. (2016b). African Union Passport to spur Intra-Africa Trade—Mushikiwabo. <https://au.int/en/pressreleases/20160714/african-union-au-passport-spur-intra-africa-trade-mushikiwabo>
- African Union. (2017). Report on Labour Migration Statistics in Africa—Second Edition. https://au.int/sites/default/files/documents/39323-doc-web254_184-10_english_2nd_edition_of_the_africa_labor_migration_statistics.pdf
- African Union. (2018a). Migration Policy Framework for Africa and Plan of Action (2018 – 2030) (p. 108). https://au.int/sites/default/files/documents/35956-doc-2018_mpfa_english_version.pdf
- African Union. (2018b). Protocol to the Treaty Establishing the African Economic Community Relating to Free Movement of Persons, Right of Residence and Right of Establishment. <https://au.int/en/treaties/protocol-treaty-establishing-african-economic-community-relating-free-movement-persons>
- African Union. (2019). Africa’s leaders gather to launch new health financing initiative aimed at closing funding gap and achieving universal health coverage. <https://au.int/pt/node/35786>
- African Union. (2020). CFTA - Continental Free Trade Area. <https://au.int/en/ti/cfta/about>
- Amaya, A. B., & De Lombaerde, P. (2021). Regional cooperation is essential to combatting health emergencies in the Global South. *Globalization and Health*, 17(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00659-7>
- AU DSA. (2016). Africa Health Strategy 2016-2030. https://au.int/sites/default/files/documents/30357-doc-final_ahs_strategy_formatted.pdf
- Baggio, F. (2014). Africans on the Move.
- BBC News. (2021). Tigray crisis: Ethiopia region at risk of huge ‘humanitarian disaster’. BBC News. <https://www.bbc.com/news/world-africa-55905108>
- Borgnäs, E. (2018). Data Bulletin—Informing the implementation of the Global Compact for Migration. https://publications.iom.int/system/files/pdf/07-migration_profiles_final_new.pdf
- DRC. (2018). Danish Refugee Council—Mixed Migration foresight. https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/drc_presentation_1_-_foresight.pdf
- Flahaux, M. L., & De Haas, H. (2016). African migration: Trends, patterns, drivers. *Comparative Migration Studies*, 4(1), 1–25. <https://doi.org/10.1186/s40878-015-0015-6>
- Global Migration Group. (2017). Handbook for Improving the Production and Use of Migration Data for Development.pdf. <https://www.knomad.org/sites/default/files/2017-11/Handbook%20for%20Improving%20the%20Production%20and%20Use%20of%20Migration%20Data%20for%20Development.pdf>
- GMDAC. (2019). Improving data on migration in Africa: Expert voices. Migration Data Portal. <http://migrationdataportal.org/blog/improving-data-migration-africa-expert-voices>
- GMDAC. (2021). Key Global migration Figures 2017-2021. <https://migrationdataportal.org/sites/default/files/2021-02/key-global-migration-figures.pdf>

- Guadagno, L. (2020). Migrants and the COVID-19 pandemic: An initial analysis. International Organization for Migration. Migration Research Series. <https://publications.iom.int/system/files/pdf/mrs-60.pdf>
- IBM. (2019). Machine Learning in Action for the Humanitarian Sector. IBM Research Blog. <https://www.ibm.com/blogs/research/2019/01/machine-learning-humanitarian-sector/>
- ILO. (2020). Statistics on international labour migration. ILOSTAT. <https://ilostat.ilo.org/topics/labour-migration/>
- IOM. (2011). National Consultation on Migration Health, Kenya. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/activities/health/promotion/National-Consultation-on-Migration-Health-Kenya-2011.pdf>
- IOM. (2018a). Counter-Trafficking Data Collaborative (CTDC). <https://www.ctdatacollaborative.org/>
- IOM. (2018b). Kenya's Draft National Migration Policy Integrates Global Compact Commitments. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/news/kenyas-draft-national-migration-policy-integrates-global-compact-commitments>
- IOM. (2018c). Migration Governance Snapshot: Republic of Kenya. International Organization for Migration. <https://migrationdataportal.org/sites/default/files/2018-10/Migration%20Governance%20Snapshot-%20Republic%20of%20Kenya.pdf>
- IOM. (2019). Situation Report on International Migration 2019: The Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration in the Context of the Arab Region. <https://publications.iom.int/books/situation-report-international-migration-2019-global-compact-safe-orderly-and-regular>
- IOM. (2020a). Africa Migration Report: Challenging the Narrative. IOM Online Bookstore. <https://publications.iom.int/system/files/pdf/africa-migration-report.pdf>
- IOM. (2020b). Dealing with two health emergencies: HIV and COVID-19 in migrant shelters [Text]. Regional Office for Central America, North America and the Caribbean. <https://rosanjose.iom.int/SITE/en/blog/dealing-two-health-emergencies-hiv-and-covid-19-migrant-shelters>
- IOM. (2020c). Migration Crisis Operational Framework (MCOF). <https://emergencymanual.iom.int/entry/17002>
- IOM. (2020d). Social Determinants of Migrant Health. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/social-determinants-migrant-health>
- IOM. (2021a). Displacement Tracking Matrix | DTM. <https://dtm.iom.int/>
- IOM. (2021b). IOM Global Migration Data Analysis Centre (GMDAC). <https://gmdac.iom.int/>
- IOM. (2021c). Migration Data Portal. <https://migrationdataportal.org/>
- IOM & WHO. (2010). Health of migrants: The way forward - Report of a global consultation. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44336>
- IOM, & WHO. (2017). Health of Migrants: Resetting the Agenda—Report of the 2nd Global Consultation. https://publications.iom.int/system/files/pdf/gc2_srilanka_report_2017.pdf
- Khartoum Process ICMPD. (2021). Khartoum Process. <https://www.khartoumprocess.net/>
- Kluge, H. H. P., Jakab, Z., Bartovic, J., D'Anna, V., & Severoni, S. (2020). Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *The Lancet*, 395(10232), 1237–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30791-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30791-1)
- Legido-Quigley, H., Pocock, N., Tan, S. T., Pajin, L., Suphanchaimat, R., Wickramage, K., McKee, M., & Pottie, K. (2019). Healthcare is not universal if undocumented migrants are excluded. *BMJ*, 366, l4160. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4160>
- Marchand, K., Reinold, J., & Dias e Silva, R. (2017). Study on Migration Routes in the East and Horn of Africa. Maastricht Graduate School of Governance.
- McAuliffe, M., & Kitimbo, A. (2018). African migration: What the numbers really tell us. World Economic Forum. <https://www.weforum.org/agenda/2018/06/heres-the-truth-about-african-migration/>
- MIF, & Afrobarometer. (2019). 'Updata-ing' the narrative about African Migration. <https://afrobarometer.org/sites/default/files/publications/Publications%20conjointes/partenaires/afrobarometer-moibrahim-updata-ing-the-narrative-about-african-migration.pdf>

- Odipo, G. (2018). Migration in Kenya: A Country Profile 2018—| IOM Online Bookstore. <https://publications.iom.int/books/migration-kenya-country-profile-2018>
- Rabat Process ICMPD. (2021). Rabat Process. <https://www.rabat-process.org/en/>
- Republic of Kenya. (2006). The Refugees Act. <https://www.refworld.org/docid/467654c52.html>
- Republic of Kenya. (2014). Kenya Health Policy 2014–2030. http://publications.universalhealth2030.org/uploads/kenya_health_policy_2014_to_2030.pdf
- Republic of Kenya. (2019). The Refugees Bill. http://kenyalaw.org/kl/fileadmin/pdfdownloads/bills/2019/The_Refugees_Bill_2019.pdf
- SADC. (2009a). Regional Minimum Standards for the Harmonised Guidance on HIV Testing and Counselling in the SADC Region. https://www.sadc.int/files/8514/1172/0467/Regional_Minimum_Standards_for_theHarmonised_Guidance_on_HIV_Testingand_Counselling_in_the_SADC_Region.pdf
- SADC. (2009b). Regional Minimum Standards for the Prevention, Treatment and Management of Malaria in the SADC Region. https://www.sadc.int/files/1214/1171/9193/Regional_Minimum_Standards_forthe_Prevention_Treatment_andManagement_of_Malaria_in_the_SADCRegion.pdf
- SADC. (2010). Harmonised minimum standards for the prevention, treatment and management of tuberculosis in the SADC region.
- SADC. (2013a). Minimum Standards for Child and Adolescent HIV, TB and Malaria Continuum of care and Support in the SADC Region (2013 – 2017). https://www.sadc.int/files/2814/1898/8336/SADC___MINIMUM_STANDARDS_FOR_HIV_AND_AIDS_TB_HEPATITIS_B_AND_C_AND_SEXUALLY_TRANSMITTED_INFECTIONS_PREVENTION_TREATMENT_CARE_AND_SUPPORT_IN_PRISONS_IN_THE_SADC_REGION_A4.pdf
- SADC. (2013b). State of Tuberculosis in the SADC Region, 2012. https://www.sadc.int/files/5114/1898/8224/000_13SADC_Tuberculosis_Report_2009.pdf
- Steinbrink, M., & Niedenführ, H. (2020). Africa on the Move: Migration, Translocal Livelihoods and Rural Development in Sub-Saharan Africa. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-22841-5>
- Trummer, U., & Krasnik, A. (2017). Migrant health: The economic argument. *European Journal of Public Health*, 27(4), 590–591. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx087>
- UN. (2015a). Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development. https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2051AAAA_Outcome.pdf
- UN. (2015b). Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. <https://doi.org/10.1891/9780826190123.ap02>
- UN. (2018). Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. In A/RES/73/195. https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/195
- UN DESA. (1998). Recommendations on Statistics of International Migration, Revision 1. https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM_58rev1E.pdf
- UN DESA. (2019). International Migrant Stock 2019. <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/index.asp>
- UN DESA. (2020). SDG Indicator 10.7.2 Data Booklet. In ST/ESA/SER.A/441. <https://doi.org/10.72>
- UN General Assembly. (2008). Universal Declaration of Human Rights: Adopted and proclaimed by UN General Assembly Resolution 217 A (III) of 10 December 1948 Text: UN Document A/810, p. 71 (1948). *Refugee Survey Quarterly*, 27(3), 149–182. <https://doi.org/10.1093/rsq/hdn037>
- UNHCR. (2019). The Global Compact on Refugees. UNHCR. <https://www.unhcr.org/the-global-compact-on-refugees.html>
- UNHCR. (2020). UNHCR warns of mounting needs in Sahel as forced displacement intensifies. UNHCR. <https://www.unhcr.org/news/briefing/2020/10/5f894b234/unhcr-warns-mounting-needs-sahel-forced-displacement-intensifies.html>

- UNHCR. (2021a). Rwanda vaccinates refugees and asylum-seekers against COVID-19. UNHCR. <https://www.unhcr.org/news/press/2021/3/604b63ed4/rwanda-vaccinates-refugees-asylum-seekers-against-covid-19.html>
- UNHCR. (2021b). UNHCR MENA Report – COVID-19 Vaccinations: Update #2, 24 March 2021. <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/85682>
- WHO. (2005). International Health Regulations (2005) Third Edition. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>
- WHO. (2007). Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. World Health Organization.
- WHO. (2013). Emergency Response Framework. https://www.who.int/hac/about/erf_.pdf
- WHO. (2018a). Health of refugees and migrants—Practices in addressing the health needs of refugees and migrants. <https://www.who.int/migrants/publications/AFRO-Practices.pdf?ua=1>
- WHO. (2018b). Technical Series on Primary Health Care—Building the economic case for primary health care: A scoping review. https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/phc—economic-case.pdf?sfvrsn=8d0105b8_2
- WHO. (2018c). Women on the Move—Immigration and Health in the WHO African Region. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274378/9789290234128-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO. (2019a). Promoting the health of refugees and migrants: Draft global action plan 2019–2023. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/promoting-the-health-of-refugees-and-migrants-draft-global-action-plan-2019-2023>
- WHO. (2019b, November 18). Sweeping Agreement Inked by WHO and African Union to Accelerate Vital Health Goals. <https://www.who.int/news/item/18-11-2019-sweeping-agreement-inked-by-who-and-african-union-to-accelerate-vital-health-goals>
- WHO. (2021a). Cholera – Togo. WHO; World Health Organization. <http://www.who.int/csr/don/04-january-2021-cholera-togo/en/>
- WHO. (2021b). Health emergencies list. <https://www.who.int/emergencies/situations>
- WHO. (2021c). The Global Health Observatory. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/world-health-statistics>
- WHO. (2021d). Universal coverage—Three dimensions. WHO; World Health Organization. http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/
- WHO. (2021e). WHO Tuberculosis Profiles. https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&lan=%22EN%22&entity_type=%22country%22&iso2=%22AO%22
- World Bank. (2021). World Bank Open Data. <https://data.worldbank.org/>

Annexe I

Liste des principaux cadres et accords régionaux en matière de santé et de migration en Afrique

CEN-SAD		IGAD	
1998	Treaty establishing CEN-SAD	1996	Agreement establishing the IGAD
2000	CEN-SAD Security Charter	2009	Regional HIV & AIDS Partnership Programme (IRAPP)
2009	Draft Protocol for future establishment and operation of the Permanent Peace and Security Council	2012	Regional Migration Policy Framework
2017	Niamey Declaration on Irregular Migration and Security Issues in the Sahelo Saharan Area	2014	Regional Migration Coordination Committee
		2015	Migration Action Plan
		2017	Nairobi Declaration and Action Plan on durable solutions for Somali refugees and reintegration of returnees in Somalia
		2018	HIV, Tuberculosis and Malaria Strategic Plan for 2018 - 2025
		2019	Kampala Declaration on Jobs, Livelihoods, Selfreliance for Refugees, Returnees and Host Communities in the IGAD Region
		500n	Protocol on the Free Movement of Persons in the IGAD Region
COMESA		SADC	
1984	Protocol on the Gradual Relaxation and Eventual Elimination of Visa Requirements	1992	Treaty of the Southern African Development Community
1994	Treaty Establishing the Common Market for Eastern and Southern Africa	1996	MoU between SADC and UNHCR for co-operation in the field of refugees
2001	Protocol on the Free Movement of Persons, Services, Labour and the Right of Establishment and Residence	1998	Declaration on Refugee Protection within Southern Africa
2016	One-Stop Border Post Sourcebook	1999	Protocol on Health
2016	COMESA Health Framework	2005	Protocol on Facilitation of Movement of Persons
2020	Diaspora Remittances Critical to Post Covid-19 Recovery	2008	Code on Social Security
EAC		2008	Sexual And Reproductive Health Strategy for the SADC Region 2006 - 2015
1999	Treaty for the Establishment of the EAC	2009	HIV & AIDS Strategic Framework 2010-2015
2004	Protocol on the Establishment of the East African Customs Union	2009	Functions and Minimum Standards for National Reference Laboratories in the SADC Region
2009	Protocol for Establishment of the EAC Common Market	2009	Sexually Transmitted Infections Prevention, Treatment, Care and Support in Prisons in the SADC Region
2012	EAC Market Protocol and the Free Movement of Persons Regulations	2009	Harmonised Surveillance Framework for HIV and AIDS, Tuberculosis and Malaria in the SADC Region
2013	Protocol on Peace and Security	2009	Regional Minimum Standards for the Prevention, Treatment and Management of Malaria in the SADC Region
2014	Regional Strategic Framework for e-Immigration 2014/15 - 2019/20	2009	10 year strategic Plan of Action on Combating Trafficking in Persons, Especially Women and Children 2009 - 2019
2016	One Stop Border Post Act	2013	Labour Migration Policy
2018	EAC e-Passport	2013	Labour Migration Action Plan 2013-2015
2018	Regional Contingency Plan for Epidemics	2013	Strategy for Pooled Procurement of Essential Medicines and Health Commodities 2013 - 2017
ECCAS		2013	Minimum Standards for Child and Adolescent HIV, TB and Malaria Continuum of care and Support in the SADC Region 2013 - 2017
1983	Treaty Establishing ECCAS	2014	Protocol on Employment and Labour
2006	Plan of Action against Trafficking in cooperation with ECOWAS	2015	DRAFT Irregular Migration and Mixed Migration Action Plan for 2015 - 2018
2007	Declaration on Cross Border Security in Central Africa	2016	Labour Migration Action Plan 2016 - 2019
2009	ECCAS Border Programme	2018	Regional Strategy and Framework of Action for Addressing Gender Based Violence 2018 - 2030
2009	Security Sector Reform	2018	Strategy For Sexual and Reproductive Health and Rights in the SADC Region 2019 - 2030
2012	Migration Dialogue for Central African States	2020	Regional Response to Covid-19 Pandemic
2013	Draft of Regional Migration Policy	500n	Labour Migration Policy Framework
ECOWAS		UMA	
1975	Treaty of the ECOWAS	1989	Treaty instituting the UMA
1978	Establishment of the West African Health Organisation		
1979	Protocol Relating to Free Movement of Persons, Residence and Establishment		
1993	ECOWAS General Convention on Social Security		
2001	Infectious Diseases		
2001	Declaration on The Fight against Trafficking in Persons		
2002	Initial Plan of Action against Trafficking in Persons 2002 - 2003		
2005	Multilateral Cooperation Agreement to Combat Child Trafficking in West Africa		
2006	The joint ECCAS/ECOWAS Plan of Action against Trafficking in Persons, especially Women and Children in West Africa 2006 - 2009		
2007	Equality of treatment for refugees with other citizens of Member States of ECOWAS in the exercise of Free Movement, Right of Residence and Establishment		
2008	Initial Plan of Action against Trafficking in Persons 2008 - 2011		
2008	Common Approach on Migration		
2009	Regional Policy on Protection and Assistance to Victims of Trafficking in Persons in West Africa		
2009	Regional Labour and Employment Policy and Plan of Action		
2015	Regional Strategy for Combating Trafficking in Persons and Smuggling of Migrants 2015 - 2020		
2015	Gender and Migration Framework and Plan of Action 2015-2020		
2016	Policy Framework for Security Sector Reform and Governance		
2017	Migration Dialogue for West Africa (MIDWA)		
2020	Guidelines For The Harmonization And Facilitation Of Cross Border Trade & Transport In The Ecowas Region On The Covid-19 Pandemic And Related Post-Recovery Actions		
2020	Decent Work Regional Program		



Division du Travail, Emploi et Migration
Département de la santé, des affaires humanitaires et du développement social
B.P. 32 43
Roosevelt Street W21K19
Addis Abeba, Ethiopie
Tel: +251 (0) 11 551 77 00
Fax: +251 (0) 11 551 78 44

CONTACTS:

Sabelo Mbokazi, Chef de Division Travail, Emploi et Migration
Département de la santé, des affaires humanitaires et du développement social
MbokaziS@africa-union.org

www.au.int     

<https://twitter.com/ausocialaffairs>
https://twitter.com/Elfadil_DSA

www.au.int
<https://au.int/en/sa>
<https://au.int/en/migration-labour-employment>