

NOTE TRANSVERSALE

LE DROIT À LA SANTÉ DANS LES CAMPS DE RÉFUGIÉS AFRICAINS



Observatoire des Camps de Réfugié-e-s
Pôle Étude et Recensement des camps
Zone Afrique

LERICHE Luc
Juin 2021



L'OBSERVATOIRE
des camps de réfugiés

PHOTO ©: CAMP DE BAHN. DFID / UK
DEPARTMENT FOR INTERNATIONAL
DEVELOPMENT / FLICKR

NOTE TRANSVERSALE

INTRODUCTION

I/ LE RÉGIME JURIDIQUE ET INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DU DROIT À LA SANTÉ DANS LES CAMPS DE RÉFUGIÉS AFRICAINS

III/ L'APPLICATION EFFECTIVE DU DROIT À LA SANTÉ DANS LES CAMPS DE RÉFUGIÉS AFRICAINS

A/ LA DISPONIBILITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ

B/ L'ACCEPTABILITÉ ET LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ

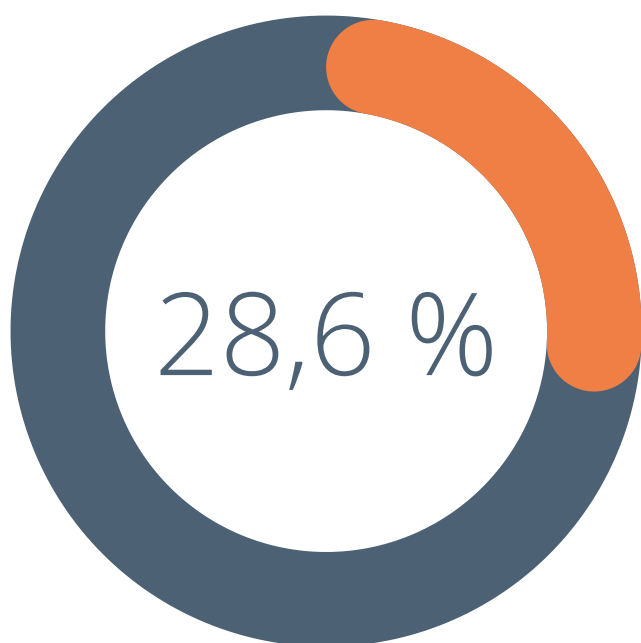
SOURCES ET RÉFÉRENCES

BIBLIOGRAPHIE



INTRODUCTION

L'Afrique est le théâtre de **flux migratoires constants** en raison des nombreuses **crises sanitaires, humanitaires et environnementales** qui touchent le continent. À la fin de l'année 2017, la région comptait près de **22 millions de migrant-e-s internationaux** dont près de **6,3 millions de réfugié-e-s**[1]. Parmi ceux-ci, nombreux ont été accueillis dans des camps généralement administrés par les autorités de l'État d'accueil et par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) en partenariat avec des organisations non-gouvernementales (ONG) locales[2] et internationales.



Part de réfugié-e-s parmi les migrant-e-s internationaux en Afrique

L'arrivée dans un **camp** est généralement perçue comme un soulagement puisqu'elle est supposée être synonyme d'accès à des **conditions de vie appropriées** auxquelles les individus n'avaient généralement pas accès durant leur voyage

migratoire. Dans cette perspective, l'accès à la santé, c'est-à-dire **l'accès à un état « de bien-être général, tant physique que mental et social, [n'impliquant pas] seulement l'absence de maladies ou d'infirmités »**[3], constitue un élément clé de l'aide aux personnes « **encampées** »[4] et de la bonne gouvernance des camps. Cette nécessité est renforcée par la **vulnérabilité** inhérente aux populations de réfugié-e-s résidant dans les camps.

Selon l'**Organisation mondiale de la Santé** (OMS), les réfugié-e-s, particulièrement en ce qui concerne les femmes et les enfants, sont exposé-e-s « à un **risque plus élevé de contracter des maladies transmissibles et non transmissibles, [ainsi que] de présenter des troubles mentaux** » liés aux **violences** subies dans leur **pays d'origine**[5].

Néanmoins, comme l'a récemment constaté le **Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme** dans le contexte de la **pandémie de Covid-19**, les réfugié-e-s continuent de rencontrer des « **obstacles pour accéder aux soins de santé** »[6]. La présence de services de santé adéquats dans les camps est en effet **variable** selon les pays d'accueil et n'est pas toujours systématique[7].

De plus, les camps sont souvent à la base du **développement de maladies infectieuses** en raison de leur **surpeuplement** et du **manque d'accès aux services essentiels** que sont la nourriture, l'eau et l'assainissement[8]. Il résulte de ces conditions de vie difficiles que des maladies comme la **tuberculose** se propagent assez largement dans les camps africains[9] tandis que d'autres, comme le **choléra**, réapparaissent

progressivement[10]. Cela facilite également la transmission des maladies virales comme la **Covid-19** dont l'impact dans les camps de réfugié-e-s ne sera que partiellement traité puisque ce sujet fait l'objet d'une autre contribution dirigée par l'Observatoire.

Ainsi, même si la majorité des États africains disposent d'un **cadre juridique** leur imposant de respecter le **droit à la santé** de toutes les personnes placées sous leur juridiction, que celles-ci bénéficient ou non de leur nationalité, la situation sanitaire de la majorité des camps de réfugié-e-s sur le continent reste **fragile**.

Dans ce contexte, l'objectif de cette étude est de **systématiser les principaux défis et obstacles** auxquels sont confronté-e-s les réfugié-e-s dans la réalisation de leur droit à la santé à l'intérieur des camps mais également d'**analyser les réponses** qui ont été apportées par les pouvoirs publics et les organisations internationales afin de mettre en lumière les bonnes et les mauvaises pratiques en la matière au regard du **droit international et régional** pertinent. La synthèse de ces pratiques permettra d'envisager **quels sont les meilleurs moyens de préserver le droit à la santé dans les camps de réfugié-e-s africains**.

Pour ce faire, il est nécessaire d'étudier le **régime juridique et institutionnel international** qui encadre l'application du droit à la santé des réfugié-e-s dans les camps africains (I) avant de s'attarder sur l'**application effective** de ce droit dans les camps (II).



PHOTO ©: CAMP DE RÉFUGIÉ-E-S EN ÉTHIOPIE. EU CIVIL PROTECTION AND HUMANITARIAN AID / FLICKR

I/ LE RÉGIME JURIDIQUE ET INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DU DROIT À LA SANTÉ DANS LES CAMPS DE RÉFUGIÉS AFRICAINS

Afin de comprendre les **problématiques concrètes** des réfugié-e-s en matière de santé, il est primordial de s'intéresser au **cadre normatif et institutionnel** dans lequel celles-ci se développent. Le régime juridique applicable dans les camps de réfugié-e-s africains repose essentiellement sur les instruments de **droit international et régional** auxquels les États africains confrontés à la question migratoire ont adhéré ainsi que sur les **mécanismes de coopération internationale** dans le domaine de la santé pilotés au niveau régional.

Les « encampé-e-s » **ne constituent pas** encore aujourd'hui une **catégorie juridique** à part entière au regard du droit international. Cela étant, **aucun instrument spécifique relatif à la protection de leurs droits** n'existe à l'heure actuelle. Dans cette veine, les droits détenus par les personnes vivant dans les camps doivent généralement s'analyser au regard de leur **statut de réfugié-e, de déplacé-e interne** ou, dans certains cas, **d'apatride**[11].

Ainsi, que ce soit au titre de ces statuts particuliers ou du droit commun, les **États d'accueil** des camps ont la

“ *responsabilité au premier chef d'assurer la jouissance et l'exercice des droits des individus situés sur [leurs] territoire[s] ainsi que leur protection et leur sécurité* [12]. ”

Parmi ces droits, le **droit à la santé** fait partie intégrante du « **minimum vital** » dont les encampé-e-s doivent pouvoir bénéficier[13].

Même si les **deux conventions de référence** en matière de droit des réfugié-e-s applicables sur le continent africain[14] ne s'attardent pas

spécifiquement sur le droit à la santé des personnes concernées, il est indéniable que sa mise en œuvre constitue l'une des **principales obligations** que l'État d'accueil d'un camp de réfugiés **se doit de mettre en œuvre**. Il ressort en effet de la pratique du **Comité relatif aux droits économiques, sociaux et culturels** que le droit « *qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* », énoncé à l'article 12 (1) de la convention éponyme, est un **droit inhérent à la condition des réfugié-e-s**[15].

Dans sa *Déclaration relative aux devoirs des États envers les réfugiés et les migrants* de 2017, le Comité avait disposé que toute personne déplacée devait « *avoir accès dans des conditions d'égalité à des services de santé préventifs, curatifs et palliatifs* » et ceci « *indépendamment de son statut juridique ou des papiers dont il dispose* »[16].

Dans le même esprit, la **Commission africaine** reconnaît que le droit à la santé consacré par l'article 17 de la **Charte Africaine des droits de l'Homme et des Peuples** doit être appliqué sans discrimination dans le contexte des personnes « *appartenant à des groupes vulnérables* » parmi lesquelles elle inclut les réfugié-e-s[17].

Concernant les **déplacé-e-s internes**, tant les *Principes directeurs relatifs aux déplacements de personnes à l'intérieur de leur propre pays* que la *Convention de l'Union Africaine sur la protection et l'assistance aux personnes déplacées en Afrique* dite *Convention de Kampala* prévoient que les personnes déplacées « *qui sont blessées ou malades [...] recevront [...] les soins médicaux et l'attention dont elles ont besoin sans distinction aucune fondée sur des motifs extramédicaux* »[18].

Dans ces circonstances, les mesures internes adoptées en matière de santé par les États africains confrontés à la question des camps de réfugié-e-s sont supposées s'aligner sur les prescriptions émises par les normes internationales. Or, le droit international énonce que les États sont tenus d'agir en la matière « **au maximum de [leurs] ressources disponibles** » selon leur niveau de **développement**[19], ce qui implique l'existence de **disparités potentielles** dans la mise en œuvre du droit à la santé des réfugié-e-s en fonction des moyens qui sont alloués à la gestion des camps par leur État d'accueil.

Dans l'optique de pallier leurs **manques** de ressources matérielles et financières, les **États hôtes africains** concluent généralement des **accords avec le HCR** afin de lui confier tout ou partie de la **gestion des camps**. L'entité onusienne dispose ensuite de la possibilité de négocier des **accords dits de « coopération »** avec des **ONG** ou d'autres **institutions internationales** dans l'optique de leur confier la **gestion des services de santé** à l'intérieur des camps.

Face à l'**apathie logistique et financière** de nombreux États africains, les institutions internationales comme le **HCR** ont eu tendance à devenir « de facto *les entités gouvernantes des camps* », impliquant qu'il leur incombe souvent la tâche « *d'enregistrer les personnes [déplacées] et de leur attribuer éventuellement le statut de réfugié, de les soigner, de les nourrir, voire d'assurer la jouissance et l'exercice [de leurs] droits [...]* »[20].

En ce qui concerne particulièrement le domaine sanitaire, le HCR a conclu dès **1997** un **Mémoire d'accord avec l'OMS** afin de

concilier « *les avantages [...] des deux institutions pour la fourniture de **soins de santé effectifs et réalistes** aux réfugiés et aux personnes déplacées à l'intérieur du territoire* »[21]. Le rôle de ce partenaire est bien défini et consiste simplement à fournir « *une aide technique et une assistance [spécialisée]* » au HCR[22]. Ce partenariat a récemment été renforcé dans le cadre de la **lutte contre la Covid-19** afin de s'assurer que les réfugié-e-s bénéficient des moyens de prévention et de soins nécessaires pour faire face à ce virus qui, en raison des **mauvaises conditions d'hygiène** affectant les camps, se propage rapidement[23].

Ce type de partenariat facilite l'application effective du droit à la santé dans les camps de réfugié-e-s africains.



PHOTO ©: CAMP DE RÉFUGIÉ-E-S EN ÉTHIOPIE. EU CIVIL PROTECTION AND HUMANITARIAN AID / FLICKR

III/ L'APPLICATION EFFECTIVE DU DROIT À LA SANTÉ DANS LES CAMPS DE RÉFUGIÉS AFRICAINS

La question de **l'effectivité** du droit à la santé dans les camps vise à déterminer si le régime juridique développé dans la première partie **se concrétise** de manière tangible dans **la vie quotidienne des encampé-e-s**. Ce passage « *de l'abstrait au concret* »[24] a toutefois du mal à se réaliser, puisque comme l'illustre l'analyse globale des fiches camps réalisées par les contributeurs de l'O-CR, les **besoins en matière de santé** constituent systématiquement l'une des **revendications principales** des encampé-e-s.

Il reste cependant à déterminer **quels sont les principaux moyens employés** par les gestionnaires afin de remédier à ces difficultés. Concrètement, la teneur de l'application effective du droit à la santé dans les camps est tributaire de la mise en œuvre des **quatre piliers « interdépendants »**[25] sur lesquels repose ce droit, à savoir la **disponibilité** et **l'accessibilité** des services de santé (A) ainsi que sur leur **acceptabilité** et leur **qualité** (B).



PHOTO ©: ASSISTANCE MÉDICALE DANS UN CAMP DE RÉFUGIÉ-E-S AU CAMEROUN. EUROPEAN UNION/ECHO/AMINATA DIAGNE BARRE / FLICKR

A/ La disponibilité et l'accessibilité des services de santé

La **disponibilité** des services de santé dans les camps s'intéresse à l'existence « *en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé* » tandis que **l'accessibilité** vise à rendre accessible « *sans discrimination* » l'accès aux installations, biens et services en matière de santé[26]. Cette dernière se divise notamment en trois dimensions essentielles que sont : l'accessibilité **physique**, l'accessibilité **économique** (coûts abordables ou gratuité des soins de santé) et l'accessibilité **de l'information** (droit de recevoir des informations de santé dans sa langue par exemple)[27].

Un certain nombre d'**États africains** ont partiellement **intégré** ces deux nécessités dans leurs politiques nationales relatives aux réfugié-e-s, ce qui a parfois conduit à la **construction d'infrastructures médicales spécialisées** à l'intérieur des camps. En **Zambie** par exemple, dans le camp de Moheba, **deux cliniques pour quatre blocs** regroupant des « *[s]alles de soins, de traitements, [des] pharmacies, [des] maternités et des services d'hospitalisation* » ont été installées afin de répondre le plus adéquatement possible aux besoins des réfugié-e-s qui y résident[28].

Une telle disponibilité des services de santé s'observe toutefois assez **rarement** dans la gestion des camps africains. En effet, les camps bénéficient généralement d'**un centre de santé** et/ou d'**un comité mixte de santé** qui travaille(nt) de pair avec les établissements de santé étatiques, à l'image du fonctionnement des camps d'Amboko et de Gandje au **Tchad**[29].

Cette organisation peut poser des **difficultés importantes** lorsque les centres de santé de l'État d'accueil se situent à une distance lointaine des camps. En **République Démocratique du Congo**, il est par exemple bien établi que les réfugié-e-s du camp de Mulongwe doivent « parcourir des **kilomètres à pied** ou payer un transport de **500 francs congolais** sur moto » afin de se rendre au centre de santé étatique le plus proche[30].

Dans ces circonstances, le **manque d'accessibilité physique** entraîne, par ricochet, un manque d'accessibilité économique aux services de santé en ce sens que seuls les réfugiés en mesure de dégager un revenu suffisant pourront concrètement y accéder. Au **Libéria**, le gouvernement a tenté de résorber ce type d'inégalités en organisant des **visites de son personnel médical directement dans les camps** « *de maison en maison* » dans l'optique d'établir « *le profil des réfugiés ayant des problèmes de santé* » et mettre en place des solutions qui soient adaptées à leurs situations respectives[31].

Sous l'égide du **HCR**, certains camps ont également mis en place un certain degré de **protection sociale** à la faveur des réfugié-e-s. Dans le camp d'Avepozo au **Togo**, l'institution onusienne et ses partenaires ont notamment instauré « *une **mutuelle de santé** à laquelle les réfugiés adhèrent* » de façon spontanée[32]. Cette dernière couvre néanmoins **assez peu de services médicaux** et son coût n'est **pas pris en charge** par les gestionnaires du camp[33]. Autre problématique, les centres de santé, faute de place et de moyens, ne sont pas en mesure de traiter tous ses bénéficiaires[34].

Bien qu'elle soit rare, la **gratuité totale** de l'accès à des services de santé dans les camps de réfugié-e-s peut s'observer lorsque le HCR est en mesure de s'appuyer sur un important **soutien logistique et financier** de ses partenaires institutionnels. Dans le camp de Mbera en **Mauritanie** par

exemple, tant les soins de santé primaires que secondaires sont **entièrement pris en charge** par le HCR qui dispose d'un appui important de la **Banque Mondiale**[35]. Cette protection sociale combinée à des installations de qualité ont permis la réalisation de **21 220 consultations médicales, 1106 accouchements** et près de **20 000 vaccinations de nouveau-nés** au cours de l'année 2020, sachant que la population totale du camp culmine à environ **62 000 personnes**[36].

Malgré quelques bonnes pratiques en matière de disponibilité et d'accessibilité des services de santé dans les camps africains, la **précarité sanitaire** y reste **prédominante** pour les encampé-e-s. Ce constat se veut transversal et s'applique également en ce qui concerne l'acceptabilité et la qualité des services de santé dans les camps de réfugié-e-s africains.



PHOTO ©: CAMP DE MINAWAO. DAVID WENAI

B/ L'acceptabilité et la qualité des services de santé

L'**acceptabilité** implique que « *les installations, biens et services en matière de santé doivent être **respectueux** de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan **culturel**, c'est à dire **respectueux** de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie et être conçus de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des intéressés* »[37]. Cela signifie qu'il faut que les gestionnaires des camps mettent en place des **processus de santé différenciés en fonction de la culture, du genre et de l'âge** des réfugié-e-s qui y résident.

La **qualité** induit pour sa part que les services en matière de santé doivent être « **scientifiquement et médicalement appropriés** et de bonne qualité, ce qui suppose, notamment, du personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés, un approvisionnement en eau salubre et potable et des moyens d'assainissement appropriés »[38].

La pratique du **HCR** en matière de gestion des camps africains laisse entrevoir une appréciation **plus ou moins renforcée** de la garantie du droit à la santé à l'égard des femmes et des enfants tandis que l'**OMS** tente de mettre en œuvre une **approche « multiculturelle »** de l'accès aux services de santé dans les camps où elle intervient[39].

L'Afrique abrite près de **6,35 millions d'enfants de réfugié-e-s et de migrant-e-s** dont la santé risque d'être impactée de manière disproportionnée par les conflits et les déplacements[40]. En plus des **violences physiques et morales** qu'ils sont susceptibles de subir, les enfants sont également plus **vulnérables** face au **manque d'eau et de nourriture** ainsi qu'à la plupart des

épidémies[41]. Cela explique que dans le camp de Dollo Ado en **Éthiopie**, « *une attention toute particulière* » soit accordée aux enfants[42]. Ce camp dispose en effet d'un **service de protection de l'enfance** qui fournit une « *assistance psychologique* » aux quelques **14 000 enfants** à risques qui y sont recensés[43]. La mission de ce service est notamment de protéger les enfants face à toutes les activités **illicites** susceptibles de mettre en péril de façon directe ou indirecte leur santé physique et mentale[44].

Il en est de même en ce qui concerne les **femmes**, notamment celles **enceintes** qui ne bénéficient pas toujours d'un suivi médical adapté, comme c'est le cas dans la plupart des camps qui ne disposent pas de maternité ou de dispensaires avec des sages-femmes qualifiées[45]. D'autres problématiques spécifiques affectent directement les femmes comme en atteste le camp de Minawao au **Cameroun** où il a été constaté « *un réel **déficit** dans la prise en charge de la santé reproductive [laissant] des milliers de femmes **démunies*** »[46].

Enfin, même si les problématiques sanitaires engendrées par la **Covid-19** dans les camps sont traitées dans une **autre étude pilotée par l'O-CR**, les solutions qui en découlent permettent de mettre en lumière la **qualité relative** des services de santé dans les camps de réfugié-e-s.

En effet, des moyens de prévention scientifiquement et médicalement appropriés **ont eu du mal** à se mettre en place dans la plupart des camps. Par exemple, dans le camp de Mulongwe, des réponses **précaires** ont été mises en place avec des prises de température à l'entrée du camp couplées à l'installation de quelque seaux d'eau savonneuse[47].

D'autres camps ont bénéficié de services plus adaptés en raison de financements alloués par des institutions internationales. Le camp de Mbera en **Mauritanie** a par exemple bénéficié d'un soutien de **3,8 millions de dollars** de la part de la **Banque Africaine de Développement**[48]. Ces fonds ont notamment permis de mettre en place des « *campagnes de sensibilisation continues sur les risques de la Covid-19* », de doter le camp de matériels de santé adaptés à la lutte contre le coronavirus (blouses d'isolation, masques FFP2 et bottes) et d'installer des incinérateurs pour la crémation des défunts contaminés[49]. Une « *distribution massive de savons* » et la mise en place de fontaines de gel ont aussi été observées[50]. L'argent a également été alloué à la prise en charge des personnes contaminées par le coronavirus[51]. Les fonds alloués ont également permis la création d'une unité d'isolement dans le camp, l'achat d'une ambulance, la fourniture d'équipements (ventilateurs, défibrillateurs...) et de médicaments nécessaires pour assurer la survie des encampé-e-s infecté-e-s[52].



PHOTO ©: ASSISTANCE MÉDICALE DANS UN CAMP DE RÉFUGIÉ-E-S AU CAMEROUN. EUROPEAN UNION/ECHO/AMINATA DIAGNE BARRE / FLICKR

SOURCES ET RÉFÉRENCES

[1] Office régional de l'OMS en Afrique, *Health of refugees and migrants – Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward*, 2018, disponible en ligne, <https://www.who.int/docs/default-source/documents/publications/health-of-refugees-migrants-afro-2018.pdf>, [*Health of refugees and migrants – Regional situation analysis*]

[2] L'analyse de ces camps dits « officiels » constituera la principale source de notre étude. Pour une analyse de la typologie des camps en Afrique voir : OCR, *Rapport d'activité 2020 du Pôle Afrique*, 2020, disponible en ligne : <https://www.o-cr.org/wp-content/uploads/2020/10/Rapport-dactivite-Afrique-2020.pdf>, pp 10-11

[3] *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, New-York, 1946, préambule, § 2

[4] Nous reprenons ce terme tel qu'il est employé pour qualifier les personnes résidant dans les camps dans l'excellent ouvrage collectif de Marjorie Beulay, Anne-Laure Chaumette, Laurence Dubin et Marina Eudes (dirs), *Encampés, de quel(s) droit(s) ?*, Paris, IFJD (éd.), LGDJ (distrib.), 2020, [*Encampés, de quel(s) droit(s) ?*]

[5] OMS, *Promotion de la santé des réfugiés et des migrants – Projet cadre sur les priorités et les principes directeurs de la promotion de la santé des réfugiés et des migrants*, 70ème session de l'Assemblée mondiale de la Santé, Doc A70/24, 17 mai 2017, disponible en ligne : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_24-fr.pdf, [*Projet cadre de l'OMS sur les priorités et les principes directeurs de la promotion de la santé des réfugiés et des migrants (2017)*], § 18

[6] HCNUDH, *Covid-19 et les droits de l'homme des migrants : Guide*, 7 avril 2020, disponible en ligne : https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/OHCHRGuidance_COVID19_Migrants_fr.pdf, [*Guide du HCNUDH sur le Covid-19 et les droits de l'homme des migrants*], p 1

[7] *Projet cadre de l'OMS sur les priorités et les principes directeurs de la promotion de la santé des réfugiés et des migrants (2017)*, op.cit., § 16

[8] *Guide du HCNUDH sur le Covid-19 et les droits de l'homme des migrants*, op.cit., p 2. Voir également : Office régional de l'OMS en Afrique, *Practices in addressing the health needs of refugees and migrants*, disponible en ligne :

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/health-of-refugees-migrants-practices-emro-2018088fe6cb-4aa8-4f6c-8421-44d9371f62e9.pdf?sfvrsn=9617b9b7_1&download=true, 2018, p 11

[9] *Ibid.*

[10] *Ibid*, p 21. Des cas de choléra ont notamment été détectés dans des camps au Soudan du Sud

[11] Marion Tissier-Raffin, « L'encampement à l'épreuve du droit international des réfugiés », in *Encampés, de quel(s) droit(s) ?*, op. cit., pp 323-358, pp 326-327

[12] Jean Matringe, « Les droits dans le camp », in *Encampés, de quel(s) droit(s) ?*, op. cit., pp 271-306, [*Les droits dans le camp*], p 274

[13] *Ibid*, p 287

[14] Il s'agit ici de la *Convention de 1951 sur le Statut des réfugiés* et de la *Convention de l'OUA régissant les aspects propres aux problèmes des réfugiés en Afrique de 1969*

[15] *Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels*, 16 décembre 1966, (entrée en vigueur le 3 janvier 1976), [*Pacte DESC*], art 12 (1)

[16] Comité DESC, *Déclaration relative aux devoirs des États envers les réfugiés et les migrants au titre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, Genève, Doc E/C.12/2017/1, 13 mars 2017, § 12. Voir également : Comité DESC, *Observation, générale n°14 (2000) – Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art 12)*, Genève, Doc E/C.12/2000/4, 2000, [*Observation, générale n°14 (2000)*], § 34.

[17] Commission Africaine, *Principes et lignes directrices sur la mise en œuvre des droits économiques, sociaux et culturels dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples*, Banjul (Gambie), 2011, disponible en ligne : https://www.achpr.org/public/Document/file/French/principes_and_guidelines_on_ecosoc_fra.pdf, p 8 et pp 22-30 sur les implications du droit à la santé dans le contexte africain

[18] *Principes directeurs relatifs aux déplacements de personnes à l'intérieur de leur propre pays*, Doc E/CN.4/1998/53/Add.2, 11 février 1998, disponible en ligne <https://www.unhcr.org/fr/protection/idps/4b163f436/principes-directeurs-relatifs-deplacement-personnes-linterieur-propre-pays.html>

Principe n°19 ; Convention de Kampala, 23 octobre 2009, (entrée en vigueur le 6 décembre 2012), disponible en ligne : <http://www.peaceau.org/uploads/convention-on-idps-fr.pdf>, art 9 (1) b)

La Convention dispose notamment que les États s'engagent à : « [f]ournir aux personnes déplacées, dans la plus large mesure possible et dans les plus brefs délais, l'assistance humanitaire adéquate, notamment l'alimentation, l'eau, l'abri, les soins médicaux et autres services de santé, l'assainissement, l'éducation, et tous autres services sociaux nécessaires. Cette assistance peut être étendue, en cas de besoin, aux communautés locales et d'accueil »

[19] Pacte DESC, *op. cit.*, art 2 (2). Voir également : Comité DESC, *Observation générale n°14 (2000)*, *op. cit.*, § 40 et § 47. Le Comité précise néanmoins qu'« [u]n État dépourvu de la volonté d'utiliser au maximum les ressources à sa disposition pour donner effet au droit à la santé manque par conséquent aux obligations lui incombant en vertu de l'article 12 »

[20] Jean Matringe, *Les droits dans le camp*, *op. cit.*, p 298

[21] HCR, *Mémoire d'accord*, Doc EC/47/SC/CRP.51, 15 août 1997, disponible en ligne : <https://www.unhcr.org/fr/excom/standcom/4b30a5a91d/memorandums-daccord.html>, § 17

[22] *Ibid*, § 18

[23] ONU Info, *L'OMS et le HCR s'unissent pour améliorer les services de santé aux réfugiés, déplacés et apatrides*, 21 mai 2020, disponible en ligne : <https://news.un.org/fr/story/2020/05/1069302>

[24] Hélène Raspail, « Effectivité des droits de l'homme et extension des obligations internationales : l'efficacité des techniques du droit international des droits de l'homme en question », in Édouard Dubout et Sébastien Touzé, *Refonder les droits de l'homme - Des critiques aux pratiques*, Paris, Pedone, 2019, pp 117-152, p 117

[25] Comité DESC, *Observation générale n°14 (2000)*, *op. cit.*, § 12

[26] *Ibid*, § 12 (a) et § 12 (b)

[27] OMS, *Santé et droits de l'homme*, 29 décembre 2017, disponible en ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

[28] Pierre Michaud, *Camp de réfugiés de Maheba (Zambie)*, OCR, 2020, disponible en ligne : <https://www.o-cr.org/camp/maheba/>, p 16

[29] Issagha Diallo, *Camp de réfugiés d'Amboko (Tchad)*, OCR, 2020, disponible en ligne :

<https://www.o-cr.org/camp/amboko-tchad/>, p 8

[30] Luc Leriche, *Camp de Mulongwe (RDC)*, OCR, 2021, disponible en ligne : <https://o-cr.org/camp/mulongwe-republique-democratique-du-congo/>, p 8 citant INFO SOS

Médias Burundu, *Mulongwe (RDC) : Accès difficile aux structures de santé par les réfugiés*, 14 janvier 2019, disponible en ligne sur le site d'Infos Grands Lacs : <https://www.infosgrandslacs.info/productions/mulongwe-rdc-acces-difficile-aux-structures-de-sante-par-les-refugies>

[31] Office régional de l'OMS en Afrique, *Practices in addressing the health needs of refugees and migrants*, *op. cit.*, p 11

[32] Soumaila Kpinkia, *Camp de réfugiés d'Avepozo (Togo)*, OCR, 2021, disponible en ligne : <https://o-cr.org/camp/tropicana-davepozo-togo/>, p 11

[33] *Ibid*.

[34] *Ibid*.

[35] HCR, *Interventions du HCR dans le domaine de la santé en Mauritanie*, décembre 2020, disponible en ligne : <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/U%20NHCR%20Mauritanie%20-%20Les%20interventions%20du%20HCR%20dans%20le%20domaine%20de%20la%20sante%2017122020.pdf>, [Interventions du HCR dans le domaine de la santé en Mauritanie], p 1

[36] *Ibid*.

[37] Comité DESC, *Observation générale n°14 (2000)*, *op. cit.*, § 12 (c)

[38] *Ibid*, § 12 (d)

[39] OMS, *Practices in addressing the health needs of refugees and migrants*, *op. cit.*, p 9. Voir par exemple au Kenya

[40] Office Régional de l'OMS en Afrique, *Health of refugees and migrants - Regional situation analysis*, *op. cit.*, p 12

[41] *Ibid*.

[42] A.U. *Camp de réfugiés de Dollo Ado (Éthiopie)*, OCR, 2021, disponible en ligne : <https://o-cr.org/camp/dollo-odo-ethiopie/>, p 9

[43] *Ibid*.

[44] *Ibid.* L'auteur précise notamment qu'il lutte « contre le travail des enfants, le mariage précoce et l'abandon scolaire » ainsi que « les abus sexuels »

[45] Office Régional de l'OMS en Afrique, *Health of refugees and migrants – Regional situation analysis*, op. cit., p 12. Ces manquements entraînent notamment de nombreux décès au moment de l'accouchement

[46] Martial Manet, *Camp de réfugiés de Minawao (Cameroun)*, OCR, 2020, disponible en ligne : <https://www.o-cr.org/camp/minawao-cameroun/>, p 17

[47] David Irakoze, « Covid-19 : des camps de réfugiés burundais en RDC sur le qui-vive », *SOS Média Burundi*, 30 mars 2020, disponible en ligne : <https://www.sosmediasburundi.org/2020/03/30/covid-19-des-camps-de-refugies-burundais-en-rdc-sur-le-qui-vive/>

[48] HCR, *Interventions du HCR dans le domaine de la santé en Mauritanie*, op. cit., p 2

[49] *Ibid.*

[50] *Ibid.*, p. 3

[51] *Ibid.*

[52] *Ibid.*

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

Ouvrages

Édouard Dubout et Sébastien Touzé, *Refonder les droits de l'homme – Des critiques aux pratiques*, Paris, Pedone, 2019

Marjorie Beulay, Anne-Laure Chaumette, Laurence Dubin et Marina Eudes (dirs), *Encampés, de quel(s) droit(s) ?*, Paris, IFJD (éd.), LGDJ (distrib.), 2020

Rapports onusiens

Documentation du HCR

HCR, *Interventions du HCR dans le domaine de la santé en Mauritanie*, décembre 2020, disponible en ligne : <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNHCR%20Mauritanie%20-%20Les%20interventions%20du%20HCR%20dans%20le%20domaine%20de%20la%20sante%2017122020.pdf>

HCR, *L'équité en santé publique chez les réfugiés et autres personnes déplacées*, Unité de la santé publique, 2010, disponible en ligne : <https://www.unhcr.org/fr/4cbdb1256.pdf>

HCR, *Mémoire d'accord*, Doc EC/47/SC/CRP.51, 15 août 1997, disponible en ligne : <https://www.unhcr.org/fr/excom/standcom/4b30a5a91d/memorandums-daccord.html>

HCR, *UNHCR's Principles and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other Persons of Concern*, 2009, en ligne : <https://www.unhcr.org/4b4c4fca9>

Documentation de l'OMS

OMS, *Health of refugees and migrants – Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward*, Office régional de l'OMS en Afrique, 2018, disponible en ligne : <https://www.who.int/docs/default-source/documents/publications/health-of-refugees-migrants-afro-2018.pdf>

OMS, *Practices in addressing the health needs of refugees and migrants*, Office régional de l'OMS en Afrique, 2018, disponible en ligne : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/health-of-refugees-migrants-practices-emro-2018088fe6cb-4aa8-4f6c-8421-44d9371f62e9.pdf?sfvrsn=9617b9b7_1&download=true, 2018

OMS, *Promotion de la santé des réfugiés et des migrants – Projet de plan d'action mondial 2019-2023*, Genève, 72ème Assemblée mondiale de la santé, Doc A72/25 Rev.1, 23 mai 2019, disponible en ligne : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_25Rev1-fr.pdf

OMS, *Promotion de la santé des réfugiés et des migrants – Projet cadre sur les priorités et les principes directeurs de la*

promotion de la santé des réfugiés et des migrants, 70ème session de l'Assemblée mondiale de la Santé, Doc A70/24, 17 mai 2017, disponible en ligne : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_24-fr.pdf

Memorandum d'accord entre l'OMS et le HCR, 1997, disponible en ligne : <https://www.unhcr.org/fr/excom/standcom/4b30a5a91d/memorandums-daccord.html> ; Document mis à jour en 2020 voir : <https://www.who.int/news/item/21-05-2020-who-and-unhcr-join-forces-to-improve-health-services-for-refugees-displaced-and-stateless-people>

Documentation du Comité pour les droits économiques, sociaux et culturels

Comité DESC, *Devoirs des États envers les réfugiés et les migrants au titre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, Déclaration du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Genève, Doc E/C.12/2017/1, 13 mars 2017

Comité DESC, *Observation, générale n°14 (2000) – Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art 12)*, Genève, Doc E/C.12/2000/4, 2000

Autres

Dainius Pūras, *Commentaire sur la pandémie de Covid-19*, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à la santé, Genève, Doc A/75/163, 16 juillet 2020

HCNUDH, *Covid-19 et les droits de l'homme des migrants : Guide*, 7 avril 2020, disponible en ligne : https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/OHCHRGuidance_COVID19_Migrants_fr.pdf

OIM, *État de la migration dans le monde*, 2020, disponible en ligne : https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_fr.pdf

ONU Info, *L'OMS et le HCR s'unissent pour améliorer les services de santé aux réfugiés, déplacés et apatrides*, 21 mai 2020, disponible en ligne : <https://news.un.org/fr/story/2020/05/1069302>

Documentation issue de la Commission africaine

Commission Africaine, *Principes et lignes directrices sur la mise en œuvre des droits économiques, sociaux et culturels dans la charte africaine des droits de l'homme et des peuples*, Banjul (Gambie), 2011, spé. pp 22-30 sur le droit à la santé

Maya Sahli-Fadel, *Rapport d'intersession de la Commissaire/Rapporteuse Spéciale sur les Réfugiés, les Demandeurs d'asile, les Personnes Déplacées et les Migrants en Afrique*, 65ème Session ordinaire de la Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, 2019

Documentation issue de l'O-CR

A.U. *Camp de réfugiés de Dollo Ado (Éthiopie)*, OCR, 2021, disponible en ligne : <https://o-cr.org/camp/dolo-odo-ethiopie/>

Issagha Diallo, *Camp de réfugiés d'Amboko (Tchad)*, OCR, 2020, disponible en ligne : <https://www.o-cr.org/camp/amboko-tchad/>

Luc Leriche, *Camp de Mulongwe (RDC)*, OCR, 2021, disponible en ligne : <https://o-cr.org/camp/mulongwe-republique-democratique-du-congo/>

Martial Manet, *Camp de réfugiés de Minawao (Cameroun)*, OCR, 2020, disponible en ligne : <https://www.o-cr.org/camp/minawao-cameroun/>

OCR, *Rapport d'activité 2020 du Pôle Afrique*, 2020, disponible en ligne : <https://www.o-cr.org/wp-content/uploads/2020/10/Rapport-dactivite-Afrique-2020.pdf>

Pierre Michaud, *Camp de réfugiés de Maheba (Zambie)*, OCR, 2020, disponible en ligne : <https://www.o-cr.org/camp/maheba/>

Soumaila Kpinkia, *Camp de réfugiés d'Avepozo (Togo)*, OCR, 2021, en ligne : <https://o-cr.org/camp/tropicana-davepozo-togo/>