



Assemblée générale

Distr. générale
27 juillet 2018
Français
Original : anglais

Soixante-treizième session

Point 74 b) de l'ordre du jour provisoire*

Promotion et protection des droits de l'homme :
questions relatives aux droits de l'homme,
y compris les divers moyens de mieux assurer
l'exercice effectif des droits de l'homme
et des libertés fondamentales

Rapport intérimaire du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à l'Assemblée générale le rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, M. Dainius Pūras, soumis en application des résolutions [6/29](#) et [33/9](#) du Conseil des droits de l'homme.

* [A/73/150](#).



Rapport intérimaire du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

Résumé

Dans le présent rapport, le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible se penche sur les occasions à saisir et sur les obstacles à surmonter pour réaliser le droit à la santé mentale des personnes en déplacement, dans un contexte mondial où les attitudes discriminatoires et les discours politiques xénophobes ont créé des environnements marqués par un climat de peur et d'intolérance. Ces environnements dégradent la qualité des relations humaines, engendrent une société empreinte de méfiance, d'intolérance et de manque de respect envers les autres, contrarient la réalisation du droit à la santé mentale des personnes en déplacement et porte atteinte au droit à la santé mentale pour tous.

Les réponses fondées sur les droits apportées aux problèmes de santé mentale qui se posent dans le contexte des migrations sont présentées comme des occasions de transformer les systèmes de santé et de protection sociale en les reconstruisant et en les renforçant de manière à rétablir et maintenir la dignité, l'inclusion et les droits de tous.

Dans le rapport, le Rapporteur spécial formule, à l'intention des États et des parties prenantes concernées œuvrant dans les domaines de l'aide humanitaire, de l'aide au développement et des droits de l'homme, une série de recommandations sur les mesures à prendre pour s'employer à surmonter tous les obstacles recensés.

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction : le droit à la santé mentale dans le contexte des migrations	4
II. Terminologie et portée du rapport	4
III. Le contexte mondial : occasions à saisir et obstacles à surmonter	5
A. Occasions à saisir	7
B. Obstacles à surmonter.	9
IV. Cadre du droit à la santé mentale et personnes en déplacement	12
A. Obligations	12
B. Coopération et assistance internationales	13
C. Participation et accès à l'information	15
D. Mécanisme de responsabilité	16
E. Déterminants sociaux de la santé mentale dans le contexte des migrations	16
F. Soins et accompagnement	17
V. Enjeux d'actualité	21
A. Enfants et familles	22
B. Détention	24
VI. Conclusions et recommandations.	24

I. Introduction : le droit à la santé mentale dans le contexte des migrations

1. Dans leurs rapports précédents et à l'occasion de leurs missions dans les pays et de leurs autres activités, le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible et ses prédécesseurs ont montré comment la discrimination, l'intolérance et une conception sélective des droits de l'homme entravaient la réalisation pleine et effective du droit à la santé physique et mentale pour tous, sans distinction fondée sur la nationalité, le statut migratoire ou la citoyenneté. Dans le présent rapport, le Rapporteur spécial examine la relation entre migration et droit à la santé mentale. Il met l'accent sur le rôle que peut jouer le droit à la santé mentale dans l'analyse approfondie des réponses politiques, humanitaires et sanitaires actuelles au problème des personnes en déplacement et de leur présence dans les pays et communautés d'accueil. Il se penche également sur la manière dont les réponses fondées sur les droits apportées aux problèmes de santé mentale qui se posent dans le contexte des migrations donnent des occasions de transformer les systèmes de santé et de protection sociale en les reconstruisant et en les renforçant de manière à rétablir et maintenir la dignité, de l'inclusion et les droits de tous.

2. Alors que nous célébrons le soixante-dixième anniversaire de l'adoption de la Déclaration universelle des droits de l'homme, ses principes fondamentaux sont en butte aux attaques. Mondialement, le discours tenu sur les migrations et sur les personnes en déplacement fait une large place à des représentations négatives résultant de la mauvaise information et de la peur. Cela a des répercussions inquiétantes pour la réalisation pleine et effective du droit à la santé, et en particulier du droit à la santé mentale, pour les personnes déplacées et les pays et communautés qui les accueillent. Alors que le Pacte mondial pour des migrations sûres, régulières et ordonnées est en voie de finalisation et que le monde est toujours aux prises avec une mobilité humaine conjuguée à de graves atteintes aux droits des migrants et des réfugiés, le droit à la santé mentale pour tous doit s'inscrire dans le contexte d'un programme de développement durable visant à garantir ce droit à tous sur un pied d'égalité.

3. Reconnaissant que le droit à la santé mentale a reçu relativement peu d'attention en tant qu'élément essentiel du droit à la santé, le Rapporteur spécial fait ressortir dans le présent rapport les différents obstacles à surmonter et occasions à saisir en vue de réaliser ce droit dans le contexte des migrations.

II. Terminologie et portée du rapport

4. L'expression « personnes en déplacement » ne connaît pas de définition universelle. Aux fins du présent rapport, l'expression « personne en déplacement » désigne toute personne qui franchit ou a franchi une frontière internationale, ou qui a quitté son lieu de résidence habituel, quels que soient son statut juridique, le caractère volontaire ou involontaire de son déplacement, les causes de celui-ci ou la durée du séjour¹. Reconnaissant que la terminologie relative aux personnes en déplacement prête à controverse, le rapport cherche à mettre l'accent sur l'inclusion : que les gens soient réfugiés, demandeurs d'asile, travailleurs migrants ou migrants en situation irrégulière, ils sont avant tout titulaires de droits. Le Rapporteur spécial s'intéresse principalement à ceux qui ont dû faire face à quelque forme d'adversité en raison de

¹ Processus de La Haye sur les réfugiés et les migrations et Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). *People on the move: handbook of selected terms and concepts* (2008).

la nature de leur départ, de leur séjour ou de leur accueil dans une nouvelle communauté.

5. Vu l'ampleur et la portée de la question du droit à la santé mentale dans le contexte des migrations, il n'est pas possible de procéder à une évaluation exhaustive dans le cadre restreint du présent rapport. Celui-ci est donc un premier apport, centré sur certaines pratiques où le droit à la santé est un élément essentiel à l'intérêt de l'évaluation et des recommandations.

6. Il est important de souligner que le fait d'être une personne en déplacement ne doit jamais être considéré en soi comme un problème de santé mentale. La question du statut migratoire relève exclusivement du politique, mais elle a dans le domaine de la santé mentale des implications que ce rapport se propose d'examiner. Les personnes en déplacement sont des êtres humains comme les autres qui sont contraints de quitter leur lieu de résidence pour une variété de raisons complexes, souvent d'ordre sociopolitique.

7. Les personnes en déplacement sont depuis longtemps cataloguées en deux catégories, selon qu'elles « méritent » ou non de trouver refuge ou de s'établir dans un autre lieu en fonction des raisons de leur migration². Pourtant, il conviendrait d'attacher plus d'importance aux facteurs qui sont à l'origine de la mobilité humaine. Les formes de violence structurelle et politique qui engendrent de mauvaises conditions sociales et économiques sont des facteurs clefs de la mobilité. Des obstacles d'ordre juridique et autres entravent la participation des personnes jugées « non méritantes » à la vie des communautés d'accueil, ce qui exacerbe la violence structurelle et met en jeu d'importantes questions de droits de l'homme, dont le droit à la santé mentale³.

8. Toute une gamme de facteurs biologiques, sociaux et psychologiques influent sur la santé mentale comme sur tous les aspects de la santé⁴. En inscrivant notre conception de la santé mentale dans le contexte plus large de la vie politique, sociale, culturelle et économique d'une personne, nous aiderons les responsables à reconnaître leurs obligations de respect, de protection et de réalisation du droit à la santé mentale.

9. L'objectif de garantir le droit à la santé mentale dans le contexte des migrations met en jeu de nombreux problèmes complexes comme ceux de l'aide humanitaire, des pays fragiles ou déchirés par la guerre, des territoires occupés, de l'asymétrie entre collectivités urbaines et rurales, des systèmes de santé nationaux défaillants ou inexistants et des structures de détention.

III. Le contexte mondial : occasions à saisir et obstacles à surmonter

10. Plus de 250 millions de personnes vivent hors de leur pays de naissance⁵. Selon le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, il y a actuellement dans le

² Seth M. Holmes et Heide Castañeda, « Representing the “European refugee crisis” in Germany and beyond: deservingness and difference, life and death », *American Ethnologist*, vol. 43, n° 1 (février 2016).

³ Ibid.

⁴ Organisation mondiale de la Santé, *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020* (Genève, 2013).

⁵ Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, *Trends in International Migrant Stock: The 2017 Revision*. Disponible à l'adresse suivante : http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/data/UN_MigrantStockTotal_2017.xlsx.

monde plus de 6,6 millions de personnes déplacées de force⁶. Elles ont été contraintes de quitter leur foyer par la violence et la guerre, par les persécutions religieuses, ethniques, culturelles ou autres, et par la famine, la pauvreté, les catastrophes écologiques, la discrimination et d'autres formes de privations systémiques et aiguës⁷. Souvent, dans leur quête de sécurité et de survie, elles ont laissé derrière elles leur famille, leur communauté et leurs racines.

11. La migration des personnes et des idées constitue le fondement du progrès de la civilisation humaine. Dans l'histoire de l'humanité, aucun lieu ni aucune époque n'ont échappé au phénomène des personnes en déplacement et au brassage d'idées qui l'accompagne. Ils ont façonné les communautés, les sociétés, les frontières et les institutions qui structurent le monde actuel. Les « crises » migratoires constituent une part d'ombre dans notre histoire, sillonnée de pillages et de sièges, d'incursions génocidaires sur les terres des peuples autochtones, d'occupations militaires et de colonisation des territoires et continents. Le contexte des migrations forcées d'aujourd'hui est, à bien des égards, hérité de ces mouvements de domination et d'assujettissement.

12. Au cours des dernières décennies, le monde a enregistré des mouvements sans précédent de personnes déplacées de force, qui proviennent des pays du Sud à faible revenu et dont l'immense majorité reste dans ces derniers. Par exemple, près de 90 % des réfugiés cherchent refuge dans des pays voisins et 10 pays accueillent à eux seuls 60 % des réfugiés du monde⁸.

13. En 2015, pour la première fois dans l'histoire, plus d'un million de réfugiés ont franchi la barrière artificielle séparant le monde du Nord de celui du Sud et sont arrivés en Europe, alors même que celle-ci traversait une crise politique et économique qui a laissé de nombreux pays en proie aux effets délétères de l'austérité et de la montée des inégalités socioéconomiques. C'était là un fâcheux concours de circonstances, car certains mouvements populistes en ont profité pour diffuser l'idée selon laquelle la « crise des réfugiés » constituerait une menace, donnant ainsi une explication simpliste et fallacieuse à un mécontentement qui a alimenté les ferveurs nationalistes. La crise politique et morale de l'Europe et l'évolution de l'hostilité envers les migrants observée aux États-Unis d'Amérique⁹ continuent de faire les gros titres. Cela a entraîné, pour le meilleur ou pour le pire, un regain d'attention du monde envers la situation des personnes en déplacement et notre manière de répondre à la question migratoire en tant que communauté internationale, notamment pour ce qui concerne la réalisation du droit à la santé mentale.

14. En 2016, dans la Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants, les États Membres de l'ONU ont pris la décision politique audacieuse de s'engager à protéger les droits des réfugiés et des migrants, quel que soit leur statut. Par conséquent, les États Membres adopteront en 2018 deux pactes mondiaux sur les réfugiés et les migrants, jetant ainsi les bases d'un renforcement de la promotion et de la protection de leurs droits fondamentaux, et notamment de leur droit à la santé mentale.

⁶ Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), « Figures at a glance ». Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unhcr.org/en-us/figures-at-a-glance.html>.

⁷ Ibid. Ces chiffres concernent seulement les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Ils n'incluent pas l'effectif plus élevé des migrants, qu'ils soient ou non en situation de vulnérabilité, dont beaucoup se déplacent clandestinement.

⁸ Alexander Betts et Peter Collier, *Refuge: Transforming a Broken Refugee System* (Londres, Allen Lane, 2017).

⁹ Voir les communications n^{os} UA USA 2/2018, UA USA 27/2017, OL USA 23/2017 et UA USA 21/2017, disponibles à l'adresse suivante : <https://spcommreports.ohchr.org>.

15. Dans le même temps, la santé mentale est devenue depuis peu une priorité mondiale en matière de santé, de développement humain et de droits de l'homme. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 mentionne la santé mentale, et sa démarche inclusive considère expressément les réfugiés, les déplacés et les migrants comme des personnes en situation de vulnérabilité auxquelles il faut donner des moyens d'action. Dans le secteur humanitaire international, la santé mentale est également devenue une priorité avec l'adoption, en 2007, des Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Dans le domaine des droits de l'homme, la Convention relative aux droits des personnes handicapées a posé un fondement robuste et transformateur pour le droit à la santé mentale des personnes handicapées, y compris celles qui sont en déplacement. Les engagements politiques ultérieurs du Conseil des droits de l'homme, en particulier ses résolutions 32/18 et 36/13, ont réaffirmé la présence d'un terreau propice au changement. On ne saurait oublier par ailleurs les efforts courageux des acteurs locaux, des migrants et réfugiés, des communautés d'accueil et du personnel de la santé mentale, qui ont montré comment une démarche fondée sur la résilience, la tolérance, l'inclusion et la mise en valeur du capital social pouvait contribuer au bien-être de communautés tout entières. Ces actions locales remarquables, souvent menées à contre-courant du sentiment de peur et de xénophobie qu'attise le discours politique ambiant, doivent être reconnues et encouragées.

16. Les changements mentionnés ci-dessus font ressortir la nécessité de lever les obstacles à la réalisation du droit à la santé mentale pour les personnes déplacées et pour leurs communautés d'accueil au sens large.

A. Occasions à saisir

Reconstruire en mieux : un renforcement des systèmes de santé mentale pour tous

17. Partout dans le monde, les systèmes de santé mentale se heurtent à de graves difficultés, qui vont du manque de hiérarchisation des priorités aux fortes contraintes pesant sur les ressources en passant par la ségrégation et la surmédicalisation des soins psychiatriques. Les efforts menés actuellement dans de nombreuses régions du monde en vue de renforcer les systèmes de santé mentale constituent une occasion d'étudier comment leur consolidation fait progresser la réalisation du droit à la santé mentale pour tous, y compris pour les personnes en déplacement, et ce, sur un pied d'égalité.

18. Les acteurs de l'aide humanitaire et de l'aide au développement commencent à prendre conscience de la nécessité de veiller à ce que les systèmes d'urgence concordent avec l'ensemble des efforts visant à favoriser le développement durable¹⁰. Dans les pays et communautés d'accueil, la mise en place de systèmes de santé parallèles peut stigmatiser les personnes en déplacement et créer des tensions avec les communautés locales, à quoi s'ajoute le fait qu'ils ne sont pas économiquement viables. Au lieu de cela, les systèmes de santé devraient s'appliquer à apporter la meilleure qualité de soins et d'accompagnement possible à tous, y compris aux personnes en déplacement, et ce, sur un pied d'égalité.

¹⁰ Banque mondiale, « Migrations forcées et autres crises mondiales : l'appel à la coopération des acteurs de l'humanitaire et du développement », communiqué de presse, 16 mars 2016. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2016/03/16/new-humanitarian-development-partnership-forced-displacement-global-crises>.

19. Les directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) illustrent la manière dont les situations d'urgence peuvent constituer, une fois l'urgence passée, l'occasion de répondre au besoin d'améliorer les systèmes de santé mentale pour tous, y compris pour les personnes en déplacement¹¹.

Contribution potentielle des migrations au bien-être des communautés

20. Lorsqu'on leur donne un environnement favorable à leur réussite, les personnes en déplacement, dans leur très grande majorité, contribuent de façon nettement positive à l'économie de leurs communautés et pays d'accueil¹². Des travaux de recherche montrent que leur contribution à l'économie du pays hôte est parfois plus de deux fois supérieure au coût de l'accueil d'un migrant ou d'un réfugié¹³. Dans le passé, la part des immigrants dans l'accroissement de la population active a été de 47 % aux États-Unis et de 70 % en Europe¹⁴. Une étude récente menée aux États-Unis a montré que, dans les six mois suivant leur établissement dans le pays d'accueil, 84 % des réfugiés subvenaient à leurs propres besoins et nombre d'entre eux employaient des gens du pays dans leur propre entreprise¹⁵. La mobilité humaine a le potentiel de mettre fin à l'extrême pauvreté et de stimuler la croissance économique mondiale de manière durable, s'inscrivant ainsi dans les objectifs plus larges du Programme de développement durable à l'horizon 2030. En plus de la contribution qu'elles apportent en étoffant la diversité de leurs communautés d'accueil, les personnes en déplacement peuvent aussi aider à créer des emplois, à enrayer les effets du vieillissement de la population et à améliorer la productivité¹⁶.

21. Lorsqu'elles ont la possibilité de participer à la prospérité économique des communautés d'accueil, les personnes en déplacement peuvent contribuer au bien-être général de la société dans laquelle elles vivent. On ne saurait donc trop insister sur l'importance de créer un environnement juridique et politique permettant aux personnes en déplacement de réussir dans leurs communautés d'accueil. De même, lorsqu'un tel environnement est établi, la diversité des idées et des contributions apportées par les personnes en déplacement peut constituer un atout important pour les communautés en question. Certaines études révèlent l'intérêt de l'inclusion et des « dividendes de la diversité » en notant que, dans un monde de plus en plus interconnecté, les connaissances, le savoir-faire et les compétences

¹¹ OMS, *Building Back Better: Sustainable Mental Health Care After Emergencies* (Genève, 2013) ; aperçu disponible en français sous le titre *Reconstruire en mieux : Pour des soins de santé mentale durables après une situation d'urgence*. Ministère libanais de la santé publique, *Mental health and substance abuse: prevention, promotion and treatment – situation analysis and strategy for Lebanon 2015-2020* (Beyrouth, 2015). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.mhinnovation.net/resources/national-mental-health-strategy-lebanon#.VwxpS6s4n-l>.

¹² Amandine Aubry, Michał Burzynski et Frédéric Docquier, « The welfare impact of global migration in OECD countries », *Journal of International Economics*, vol. 101 (juillet 2016). Graeme Hugo, « The economic contribution of humanitarian settlers in Australia », *International Migration*, vol. 52, n° 2 (avril 2014). Grațiana Georgiana Noja *et al.* « Migrants' role in enhancing the economic development of host countries: empirical evidence from Europe », *Sustainability*, vol. 10, n° 3 (mars 2018).

¹³ Comité international de secours, « Why are refugees good for the economy? ». Disponible à l'adresse suivante : <https://www.rescue.org/video/why-are-refugees-good-economy>.

¹⁴ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), « Is migration good for the economy? », *Migration Policy Debates* (mai 2014). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.oecd.org/migration/OECD%20Migration%20Policy%20Debates%20Numero%202.pdf>.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Banque mondiale et Fonds monétaire international, *Global Monitoring Report 2015/2016: Development Goals in an Era of Demographic Change* (Washington, Groupe de la Banque mondiale, 2016) ; aperçu disponible en français sous le titre *Rapport de suivi mondial 2015/2016 : Objectifs de développement dans une ère de changement démographique*.

spécialisées d'une population diversifiée peuvent conférer des avantages économiques et culturels¹⁷.

22. Un investissement global dans le droit à la santé mentale des personnes en déplacement et de leurs communautés d'accueil peut aider à concilier les différences de perspective et à faire face aux causes profondes de l'intolérance et de l'exclusion, et constituer ainsi une excellente occasion de promouvoir la santé et la cohésion des sociétés.

B. Obstacles à surmonter

23. Dans un précédent rapport (A/HRC/35/21), le Rapporteur spécial a souligné qu'une élévation de la santé mentale au rang de priorité mondiale par l'adoption d'un modèle fondé sur la « charge de morbidité » ne suffirait pas à créer les conditions nécessaires pour amener un véritable changement fondé sur les droits dans les politiques, la législation et la pratique. Cette mise en garde s'applique avec encore plus de poids lorsqu'il s'agit de santé mentale dans le contexte des migrations. Pour faire en sorte que le droit à la santé mentale devienne une priorité dans ce contexte, il est essentiel d'évaluer soigneusement les principaux obstacles qui pèsent sur les parties prenantes.

Inégalité des rapports de pouvoir

24. L'un des principaux obstacles à la promotion et à la protection du droit à la santé mentale dans le contexte des migrations réside dans la situation de profonde inégalité des rapports de pouvoir sur le plan sociopolitique, sanitaire, et même, dans certains cas, humanitaire. Les trajectoires de vie des personnes en déplacement sont largement déterminées par les structures de pouvoir et de gouvernance mondiales et nationales et par les politiques qu'elles adoptent, qui ont d'importantes répercussions sur le droit à la santé mentale.

25. Les conflits, la violence et les inégalités socioéconomiques – conséquences indirectes du jeu de puissantes structures politiques – sont les principales causes de déplacement et constituent un important déterminant de la santé mentale. De même, le traitement discriminatoire que subissent de nombreuses personnes déplacées dans leurs pays d'accueil reflète la complexité des hiérarchies sociales et des relations de pouvoir¹⁸. Les discours, législations et politiques xénophobes motivés par l'opportunisme électoral ont des répercussions considérables sur la santé mentale des personnes en déplacement et sur leurs communautés de départ, de transit et de destination.

26. De telles formes de violence procèdent de rapports malsains et inégalitaires entre les personnes et sont renforcées par l'absence de promotion et de protection des relations humaines de bonne qualité¹⁹. L'asymétrie de ces rapports est renforcée par de puissants acteurs politiques qui attisent la peur et incitent à la xénophobie, souvent en faisant passer des mythes pour des réalités. Par exemple, l'idée que l'accroissement

¹⁷ Mark Kaplan et Mason Donovan, *Inclusion Dividend: Why Investing in Diversity and Inclusion Pays Off* (Londres, Routledge, 2013). Emery N. Castle, « Rural diversity: an American asset », *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 529, n° 1 (septembre 1993). Stephen Syrett et Leandro Sepulveda, « Realising the diversity dividend: population diversity and urban economic development », *Environment and Planning A: Economy and Space*, vol. 43, n° 2 (février 2011).

¹⁸ Michele G. Shedlin *et al.*, « Sending-country violence and receiving-country discrimination: effects on the health of Colombian refugees in Ecuador », *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 16, n° 1 (février 2014).

¹⁹ Voir A/HRC/29/33, par. 107.

des migrations entraînerait une montée de la criminalité – une contrevérité patente – se perpétuer encore. Une fois que les fausses informations sont démasquées, ces acteurs politiques apparaissent comme de simples alarmistes incapables de proposer de véritables solutions aux difficultés sociales de leur public.

27. La création d'un climat de peur et d'intolérance nuit à la santé mentale et au bien-être non seulement chez les personnes en déplacement, mais aussi chez toutes les populations exposées à ce type de discours. Pour assurer la protection, le respect et la réalisation du droit à la santé mentale pour tous, y compris pour les personnes en déplacement, la suppression des obstacles à la mise en place de communautés cohésives caractérisées par des relations humaines de bonne qualité doit être traitée comme une priorité mondiale commune.

28. Il incombe aux personnes en position de pouvoir d'agir de manière à promouvoir la dignité et le bien-être de tous, y compris des personnes en déplacement. Pourtant, dans de nombreux États, l'évolution récente de la situation semble refléter une tentative délibérée de porter atteinte aux droits des personnes en déplacement ou d'entraver leur mobilité, notamment par l'adoption de lois et politiques répressives à l'égard des migrants, des réfugiés et de ceux qui leur viennent en aide²⁰. Les lois discriminatoires, en particulier celles qui érigent en infraction pénale la situation de certaines personnes au regard de l'immigration, peuvent avoir de graves répercussions sur les droits de l'homme des personnes en déplacement, et notamment sur leur droit à la santé mentale²¹.

29. Dans le secteur de l'aide au développement, et même dans celui de l'aide humanitaire, il serait nécessaire de procéder à un auto-examen critique pour ce qui concerne le degré de diversité des parties prenant part au discours mondial sur la mobilité, la protection et la santé des populations humaines. Les personnes en déplacement, qui sont le plus directement touchées, devraient avoir voix au chapitre dans les réponses aux situations d'urgence. Il faudrait donner la priorité à la viabilité et à l'efficacité des interventions humanitaires, et éviter de recourir à des modèles caritatifs qui ne mettent pas les personnes, les communautés et leurs droits collectifs au centre des mécanismes d'intervention.

30. Traditionnellement, les services de soins et d'accompagnement en santé mentale dispensés dans le cadre des interventions humanitaires traitent les personnes en bénéficiaires passifs²², tandis que la réponse mondiale aux situations d'urgence est dominée par des interventions à caractère paternaliste reposant sur la volonté des donateurs²³. Ces approches descendantes font ressortir les déséquilibres de pouvoir

²⁰ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), « United Nations experts to United States: "Release migrant children from detention and stop using them to deter irregular migration" », 22 juin 2018. Disponible à l'adresse suivante :

www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23245&LangID=E. HCDH, « Thailand: United Nations experts condemn use of defamation laws to silence human rights defender Andy Hall », 17 mai 2018. Disponible à l'adresse suivante :

www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23095&LangID=E. HCDH, « Confronting the two faces of racism: resurgent hate and structural discrimination », 21 mars 2018. Disponible à l'adresse suivante :

www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22856&LangID=E.

²¹ Asian Pacific American Institute for Congressional Studies, « APAICS and AAPI coalition express concerns about the xenophobic rhetoric in 2010 campaigns », 1^{er} novembre 2010. Disponible à l'adresse suivante : <http://apaics.org/2010/11/01/apaics-and-aapi-coalition-express-concerns-about-the-xenophobic-rhetoric-in-2010-campaigns/>.

²² Lisa Schwartz *et al.*, « Ethics in humanitarian aid work: learning from the narratives of humanitarian health workers », *AJOB Primary Research*, vol. 1, n° 3 (2010).

²³ Michael Barnett, « Humanitarianism, paternalism and the UNHCR », dans *Refugees in International Relations*, Alexander Betts et Gil Loescher, éd. (Oxford, Oxford University Press,

qui caractérisent les programmes d'aide humanitaire et elles devraient être révisées pour deux raisons importantes : a) elles dévalorisent la participation des personnes déplacées à leur propre bien-être ; b) elles enferment les individus dans une représentation centrée sur un traumatisme ou « trouble » psychologique sans tenir compte du contexte que constitue la complexité de leur vécu social, économique et politique. Les programmes fondés sur des approches descendantes visant à « traiter » les problèmes de santé mentale comme des maladies ne devraient pas prédominer. Au lieu de cela, il faudrait mettre au point des modalités d'intervention privilégiant la participation des personnes en déplacement à leur propre bien-être et tenant compte des circonstances de leur vie dans le cadre d'un écosystème sociopolitique plus large.

Prédominance de l'approche biomédicale et pathologisation de l'adversité

31. L'emploi de statistiques alarmantes révélant l'ampleur et le poids économique des « troubles mentaux » s'est avéré utile dans l'argumentaire stratégique visant à élever la santé mentale au rang de priorité mondiale. Le Rapporteur spécial rappelle cependant qu'un tel cadrage du sujet inscrit fermement la crise mondiale de la santé mentale dans un modèle biomédical, qui met les facteurs et processus neurobiologiques au centre de l'explication et du traitement des problèmes de santé mentale. À l'heure actuelle, la majorité des investissements relatifs à la santé mentale réalisés dans les pays à revenu faible, moyen ou élevé visent de manière disproportionnée à financer des services s'articulant autour du modèle biomédical de la psychiatrie : traitement hospitalier, prise de médicaments et soins en institution²⁴. L'accent porte alors moins sur les politiques, sur l'autonomisation et sur l'investissement dans la mise en place de conditions propices au rétablissement, et davantage sur le traitement de troubles particuliers, ce qui conduit à une action inefficace et à des résultats potentiellement néfastes. Il importe de noter que, dans cet état de fait, les décideurs accordent une moindre priorité aux interventions portant sur les principaux facteurs de risque et de protection intervenant dans une politique de santé mentale pour tous, notamment dans le contexte des migrations.

32. Dans le même ordre d'idées, au cours des deux dernières décennies, les besoins en santé mentale des personnes en déplacement ont acquis une visibilité importante grâce à l'emploi stratégique du terme « traumatisme » pour caractériser les souffrances et l'adversité que subissent les victimes de déplacements forcés au cours de leur migration²⁵. Le discours tenu du point de vue du traumatisme a fait ressortir les facteurs de détresse jusqu'alors invisibles que sont la violence structurelle du conflit, la perte du logement et le caractère déshumanisant du déplacement forcé. Toutefois, ce discours s'est également traduit par une pratique clinique portant sur le trauma et conjuguant un accompagnement psychosocial individualisé et la prescription de médicaments. Cette pratique a à son tour occulté les principaux facteurs de risque et les facteurs de protection essentiels au bien-être véritable, et elle a ignoré la signification sociale et politique que beaucoup attribuent à l'expérience commune du déplacement²⁶. La grande majorité des personnes en déplacement éprouvent des réactions émotionnelles normales face à des facteurs de stress et de souffrance externes souvent extraordinaires. Le fait d'envisager ces réactions dans le

2011). Vanessa Pupavac, « Global disaster management and therapeutic governance of communities », *Development Dialogue*, n° 58 (avril 2012).

²⁴ Voir [A/HRC/35/21](#), par. 18-29 ; voir également le paragraphe 9 de la résolution 36/13 du Conseil des droits de l'homme.

²⁵ Didier Fassin et Richard Rechtman, *The Empire of Trauma: An Inquiry into the Condition of Victimhood* (Princeton, Princeton University Press, 2009). Miranda Alcock, « Refugee trauma: the assault on meaning », *Psychodynamic Practice*, vol. 9, n° 3 (2003).

²⁶ Rita Giacaman *et al.*, « Mental health, social distress and political oppression: the case of the occupied Palestinian territory », *Global Public Health*, vol. 6, n° 5 (juillet 2011).

cadre médical du « traumatisme », des « troubles » ou de la « maladie » enferme les personnes dans une représentation qui limite la richesse et les possibles de leur vécu en tant qu'être humain. Il est préoccupant de voir comment ce cadre peut conduire au paternalisme et, partant, à sous-estimer et saper le potentiel inhérent à chacun d'intervenir dans sa propre santé mentale en tant que participant actif et comme titulaire de droits disposant de moyens d'action, plutôt que comme bénéficiaire passif des soins prodigués. Bien qu'un petit nombre de personnes en déplacement éprouvent de graves problèmes de santé mentale et nécessitent des soins et un accompagnement individualisé, il faudrait se garder d'une pathologisation excessive des effets de la mobilité humaine.

33. La qualité insuffisante des professionnels de santé peut aussi constituer un obstacle important, en raison des a priori et des démarches réductrices que beaucoup amènent avec eux dans la pratique de la santé mentale. Le paternalisme inhérent au modèle biomédical et aux cadres d'analyse centrés sur le traumatisme fait encore partie de l'héritage des formations en santé mentale et influence la manière de concevoir et de dispenser les soins. Les principales parties prenantes, même si elles sont animées des meilleures intentions lorsqu'elles dispensent des soins aux personnes en déplacement, ont tendance à surpathologiser l'expérience de la mobilité humaine et à sous-estimer l'importance des déterminants sociaux, politiques, culturels, spirituels et économiques de la santé mentale et du bien-être²⁷. Il est donc nécessaire de réfléchir aux moyens de surmonter ces obstacles dans la formation et la diversification de ces professionnels.

IV. Cadre du droit à la santé mentale et personnes en déplacement

A. Obligations

34. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels établit un cadre juridiquement contraignant applicable au droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Il est complété par une série d'instruments juridiques, comme la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, la Convention relative aux droits des personnes handicapées, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, la Convention relative au statut des réfugiés et la Convention relative aux droits de l'enfant. Les États parties ont l'obligation de respecter, de protéger et de réaliser le droit de chacun à la santé physique et mentale dans leurs lois, politiques, programmes, mesures budgétaires et autres initiatives.

35. Le droit à la santé physique et mentale comprend des obligations et prescriptions immédiates imposant aux États de prendre des mesures délibérées, concrètes et

²⁷ Vanessa Pupavac, « Therapeutising refugees, pathologising populations: international psycho-social programmes in Kosovo », *New Issues In Refugee Research*, document de travail n° 59. Disponible à l'adresse suivante : <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/77E8853E90165CCDC1256C610035083E-hcr-therapeutising-aug02.pdf>. D. Bhugra *et al.*, « EPA guidance mental health care and migrants », *European Psychiatry*, vol. 29, n° 2 (février 2014). Milica Pejovic-Milovancevic, Henrikje Klasen et Dimitris Anagnostopoulos, « ESCAP for mental health of child and adolescent refugees: facing the challenge together, reducing risk, and promoting healthy development », *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 27, n° 2 (février 2018).

ciblées menant à sa réalisation progressive²⁸. Cependant, le principe de la réalisation progressive ne s'applique pas à certaines obligations fondamentales, qui doivent par conséquent être honorées immédiatement. Celles-ci incluent l'élaboration d'une stratégie nationale de santé publique et l'accès non discriminatoire aux services de santé. Concernant le droit à la santé mentale, cela signifie : a) la mise au point d'une stratégie nationale de santé mentale qui prennent en compte les personnes en déplacement ; b) un plan concret de mise en place d'un mécanisme de coordination destiné à faire face aux besoins de santé et de bien-être des personnes en déplacement elles-mêmes ainsi que des acteurs humanitaires et des communautés ; c) une feuille de route visant à éliminer les traitements forcés et à promouvoir l'égalité d'accès à des services de santé mentale fondés sur les droits, notamment la répartition équitable des services au sein de la communauté.

36. L'interdiction de toute discrimination – fondée notamment sur l'origine nationale, la naissance ou le statut juridique – est également une obligation fondamentale à laquelle le principe de réalisation progressive ne s'applique pas²⁹. Les États sont tenus de respecter, protéger et réaliser le droit à la santé mentale de toutes les personnes se trouvant sur leur territoire ou sous leur contrôle effectif, indépendamment de leur statut juridique de migrant, de réfugié ou autre. La simple présence de personnes en déplacement sur le territoire d'un État – qu'elles soient en situation régulière ou irrégulière – impose des obligations à cet État pour ce qui concerne leur droit à la santé.

37. Les personnes en déplacement ne doivent pas se voir refuser le droit de migrer par les pays d'origine, de transit ou de destination en raison de leur état de santé – y compris de santé mentale – ou d'un handicap. Un refus de permis de séjour, de regroupement familial ou de naturalisation opposé à une personne en déplacement au seul motif d'un handicap ou de son état de santé – y compris de santé mentale – constitue une discrimination illicite³⁰.

B. Coopération et assistance internationales

38. En vertu des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, les États sont tenus de coopérer de manière à garantir le droit à la santé physique et mentale, et cette obligation a été réaffirmée dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ainsi que dans les débats relatifs aux pactes mondiaux sur les réfugiés et les migrants. Les États à revenu élevé ont l'obligation particulière d'apporter leur assistance pour garantir le droit à la santé physique et mentale dans les pays à faible revenu. Il existe une obligation immédiate de s'abstenir de toute coopération au service du développement avec les systèmes de soins de santé mentale à caractère discriminatoire ou dans lesquels se commettent des actes de violence ou de torture ou d'autres violations des droits de l'homme, y compris dans le cadre de l'aide humanitaire ou des situations d'urgence. La coopération au service du développement est fondée sur les droits et doit servir à appuyer une promotion équilibrée de la santé mentale s'accompagnant d'interventions psychosociales et d'autres modalités de traitement dispensées au sein de la communauté. Beaucoup trop souvent, et en particulier dans le domaine de la santé mentale, l'aide humanitaire internationale est

²⁸ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 2, par. 1.

²⁹ Ibid., art. 2, par. 2, et Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observations générales n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, par. 43, al. a), et n° 20 (2009) sur la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels, par. 30.

³⁰ En vertu de l'article 5 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, les États Parties reconnaissent que toutes les personnes ont droit sans discrimination à l'égale protection et à l'égal bénéfice de la loi.

fournie sous la forme d'un appui « d'urgence » de courte durée. Cela oblige à dispenser les soins selon des modèles réactifs centrés sur l'individu, dont les résultats se mesurent souvent par des indicateurs biomédicaux tels que le nombre de personnes traitées. En fait, il faudrait réaliser un investissement à long terme pour renforcer les systèmes de santé mentale et faire en sorte qu'ils prennent en compte tout l'éventail des facteurs sociaux, économiques, psychologiques et biologiques qui sont à l'origine des problèmes de santé mentale chez les personnes en déplacement et dans leurs communautés d'accueil au sens large. De nombreux États ont reconnu la nécessité d'introduire un changement dans les mécanismes de gouvernance en vue d'accompagner sur le long terme ce projet de développement durable fondé sur les droits, et de fusionner leurs mécanismes internationaux d'aide humanitaire et de développement. Il faudrait que d'autres États se penchent sur les obstacles que représentent leurs mécanismes de gouvernance pour l'instauration d'une coopération internationale durable et fondée sur les droits.

39. L'exclusion et les relations délétères qui peuvent exister au sein d'une communauté constituent un obstacle majeur à la réalisation du droit à la santé mentale dans le contexte des migrations. L'exclusion entraîne par ailleurs des coûts économiques considérables pour les communautés. L'assistance internationale doit continuer à dépasser les paradigmes de traitement centrés sur l'individu pour avancer vers des modèles plus globaux fondés sur le rétablissement collectif à l'échelle des communautés, en mettant l'accent sur les principaux déterminants de la santé mentale, en particulier l'inclusion et les relations saines au sein des communautés. Il convient d'explorer les cadres participatifs afin de recenser et mettre en œuvre des modèles adaptés à la situation locale.

40. En dépit des changements de discours observés ces dernières années, la santé mentale manque toujours cruellement de fonds à l'échelle mondiale. Entre 2007 et 2013, 1 % seulement de l'aide sanitaire internationale a été consacré à la santé mentale³¹. Cela montre que la santé mentale n'est manifestement pas traitée comme un problème prioritaire à l'échelle mondiale. Cela se reflète dans les interventions humanitaires, où des contraintes similaires ont été relevées et où les besoins non satisfaits en matière de soins et d'accompagnement en santé mentale fondés sur les droits ont été étudiés³². Dans ces interventions, le manque de ressources constitue un obstacle considérable à la réalisation du droit à la santé mentale. Les financements destinés à la santé mentale devraient toujours appuyer des interventions menées en veillant au respect des droits et jamais des interventions conduisant à des atteintes aux droits de l'homme. Le Rapporteur spécial souligne le fait que le droit à la santé mentale des personnes en déplacement ne peut être réalisé sans un financement adéquat, et invite instamment une nouvelle génération de grands donateurs internationaux à relever ce défi.

41. L'assistance et la coopération internationales prennent également la forme d'un appui technique à la mise en œuvre de politiques et pratiques de santé mentale fondées sur les droits dans le contexte des migrations. L'initiative QualityRights de l'OMS est un exemple louable de ce type d'assistance technique et elle a été mise en œuvre avec succès pour faire face aux problèmes de santé mentale associés aux migrations dans plusieurs pays, dont le Liban, qui accueille un très grand nombre de personnes en déplacement et où l'intégration de la santé mentale aux politiques et services migratoires est exemplaire.

42. De même, le Groupe de travail du Comité permanent interorganisations pour la santé mentale a mis au point un ensemble de directives destinées à coordonner les

³¹ Voir [A/HRC/35/21](#), par. 39.

³² Wietse Tol, « Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research », *The Lancet*, vol. 378, n° 9802 (octobre 2011).

services de soins et d'accompagnement en santé mentale dans les situations d'urgence. Ces directives se caractérisent notamment par l'importance qu'elles donnent aux droits de l'homme, à l'égalité et à la participation des individus et des communautés à toutes les décisions concernant leur propre santé mentale et leur propre bien-être³³. Cependant, la connaissance de ces directives reste insuffisante, et la qualité du soutien psychosocial a été mise en question³⁴. L'expertise et l'expérience du groupe de travail devraient être mises à profit pour mettre au point les meilleures pratiques, renforcer une collaboration plus inclusive et favoriser le partage des connaissances, tout en veillant à la participation des communautés concernées et au maintien d'une approche de la santé mentale fondée sur les droits.

C. Participation et accès à l'information

43. La participation est non seulement un droit de l'homme, mais aussi un déterminant avéré du bien-être psychologique³⁵. L'OMS considère la capacité d'une personne à contribuer à la vie de sa communauté comme une composante de la santé mentale. La réalisation effective du droit à la santé mentale nécessite que chacun participe aux décisions concernant son propre bien-être³⁶. Par conséquent, il incombe aux environnements d'accueil de faciliter la participation des personnes en déplacement au moyen de mesures juridiques et de politiques, ainsi que par des efforts visant à leur intégration sociale.

44. Les personnes en déplacement ont le droit de participer à leurs propres soins et à leur propre accompagnement en qualité de décideurs et de cocréateurs des régimes de prise en charge. Les restrictions imposées à leur liberté de travailler, de suivre une scolarité ou de participer autrement – de manière authentique et en toute égalité – à la vie de leurs communautés d'accueil sont incompatibles avec le droit à la santé et devraient être éliminées.

45. Il existe de nombreux moyens par lesquels la participation pourrait et devrait être facilitée dans le contexte de la mobilité humaine. La participation à l'élaboration des politiques pourrait passer par l'emploi de méthodes participatives servant, d'une part, à mieux comprendre le contexte local dans lequel les services de soins et d'accompagnement en santé mentale doivent être dispensés et, d'autre part, à mieux connaître les besoins des personnes et communautés concernées. Ce modèle s'est avéré utile dans le passé³⁷. Les personnes en déplacement ont participé à des initiatives visant à améliorer la santé mentale et le bien-être en qualité de médiateurs culturels, d'animateurs de groupes d'entraide, d'interprètes communautaires et d'agents de santé. Ces stratégies augmentent l'efficacité des interventions, renforcent la promotion des droits et améliorent la qualité des soins et de l'accompagnement³⁸.

³³ Comité permanent interorganisations, *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* (2007).

³⁴ Comité permanent interorganisations, *Review of the Implementation of the IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings* (2014).

³⁵ I. Kawachi et L. Berkman, « Social ties and mental health », *Journal of Urban Health*, vol. 78, n° 3 (septembre 2001).

³⁶ OMS et Fondation Calouste Gulbenkian, *Social Determinants of Mental Health* (Genève, OMS, 2014).

³⁷ Susan McKay *et al.*, « Building meaningful participation in (re)integration among war-affected young mothers in Liberia, Sierra Leone and northern Uganda », *Intervention*, vol. 9, n° 2 (juillet 2011).

³⁸ Barbara Kieft *et al.*, « Paraprofessional counselling within asylum seekers' groups in the Netherlands: transferring an approach for a non-western context to a European setting », *Transcultural Psychiatry*, vol. 45, n° 1 (2008). Constanze Quosh, « Takamol: multi-professional

46. Des informations exactes et à jour concernant le droit à la santé mentale et les services de soins et d'accompagnement afférents devraient être mises à la disposition des personnes en déplacement à toutes les étapes de leur parcours, le long des itinéraires migratoires, aux points d'accueil et dans les collectivités où elles vivent et travaillent. Ces informations doivent leur être fournies dans une langue qu'elles comprennent et sous une forme qui leur soit accessible et indiquer clairement qu'elles ont droit aux services de soins et d'accompagnement sur un pied d'égalité avec les autres.

D. Mécanisme de responsabilité

47. Assurer le suivi du droit à la santé mentale des personnes en déplacement revient à surveiller non seulement l'efficacité des services de soins et d'accompagnement, mais aussi, dans l'optique des droits de l'homme, l'impact des politiques, et en particulier des politiques migratoires, sur la santé mentale et le bien-être. Par conséquent, les États sont instamment invités à assurer une surveillance régulière et impartiale de la totalité des politiques et services susceptibles de jouer un rôle dans la santé mentale et le bien-être des personnes en déplacement.

48. Les institutions nationales des droits de l'homme, les mécanismes des droits de l'homme de l'ONU et la société civile jouent un rôle particulièrement important dans la détermination des responsabilités. De même, le suivi du respect des droits de l'homme dans la réponse aux situations d'urgence devrait être un aspect essentiel de toute intervention humanitaire. Pour que le mécanisme de responsabilité fonctionne, il incombe aux organisations humanitaires et aux donateurs internationaux de respecter les normes de transparence les plus strictes.

E. Déterminants sociaux de la santé mentale dans le contexte des migrations

49. Toute approche de la santé mentale fondée sur les droits reconnaît que l'environnement social au sens large dans lequel se trouve une personne – y compris une personne en déplacement – constitue un déterminant de la santé mentale. Par conséquent, la marginalisation croissante des personnes en déplacement et la prévalence des attitudes négatives à leur égard observées dans de nombreux contextes sont une source de préoccupation. Les préoccupations d'ordre sociétal qui se sont avérées avoir un lien avec la santé mentale résultent notamment du besoin de sécurité, et en particulier de sécurité dans le contexte des relations intimes³⁹, du besoin de relations humaines authentiques⁴⁰ et du besoin de formation et d'accès à l'emploi en vue d'obtenir un niveau de vie adéquat⁴¹.

50. La réponse aux préoccupations d'ordre sociétal et communautaire peut améliorer la santé mentale et le bien-être de toutes les personnes, y compris des personnes en déplacement, et contribuer efficacement à la réalisation du droit à la santé mentale pour tous. Le Rapporteur spécial réaffirme que l'objectif de santé mentale pour tous dans toutes les sociétés peut tirer un grand parti des lois, politiques et mesures sociales instaurant des environnements qui donnent à chaque personne la

capacity building in order to strengthen the psychosocial and mental health sector in response to refugee crises in Syria », *Intervention*, vol. 9, n° 3 (2011).

³⁹ Ann Coker *et al.*, « Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health », *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, vol. 11, n° 5.

⁴⁰ Kawachi et Berkman, « Social ties and mental health ».

⁴¹ OMS et Fondation Calouste Gulbenkian, *Social Determinants of Mental Health*.

possibilité d'établir des relations gratifiantes et d'apporter une contribution authentique à la collectivité⁴².

F. Soins et accompagnement

51. S'il est nécessaire de veiller à dispenser des soins et un accompagnement adéquats aux personnes souffrant effectivement de problèmes de santé mentale, il est également essentiel de reconnaître que la plupart des personnes en déplacement éprouvent face à l'adversité des réponses normales qu'il faut se garder de pathologiser comme s'il s'agissait de troubles individuels. Ainsi, comme le vécu des personnes en déplacement a sur leur santé mentale des répercussions s'inscrivant dans un éventail de possibilités, il est nécessaire que les politiques et mesures correspondantes prévoient des réponses tout aussi diversifiées. Le cadre de référence fondé sur les impératifs de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité⁴³ doit être appliqué à des mesures de soins et d'accompagnement en santé mentale prenant en charge tous les secteurs de cet éventail.

Disponibilité

52. L'impératif de disponibilité impose aux États de mettre en place des procédures de dépistage et d'évaluation permettant de déterminer l'état de la santé mentale et de bien-être de chaque personne en déplacement ainsi que sa situation au regard des droits de l'homme⁴⁴. Au moyen de ces mécanismes, il doit être possible de dépister les victimes de violence sexuelle et sexiste et les victimes d'actes de torture, ainsi que les autres personnes en déplacement présentant des problèmes de santé mentale et de bien-être, et de veiller à ce qu'elles soient adressées aux services de santé et de protection correspondant à leur cas.

53. Les services de soins et d'accompagnement en santé mentale ne doivent pas seulement être mis à la disposition des personnes en déplacement : ils doivent aussi être adéquats et ne pas porter atteinte à leurs droits. Il convient d'éviter de trop recourir aux interventions biomédicales ou de trop insister sur les traumatismes psychologiques et de favoriser plutôt les interventions qui mettent l'accent sur le droit des personnes déplacées à vivre librement dans leurs collectivités et à se voir donner des possibilités de réussite. Des efforts devraient être faits pour veiller à ce que les services de soins et d'accompagnement en santé mentale soient fondés sur les droits et mis à la disposition des personnes en déplacement sur un pied d'égalité avec les ressortissants du pays où elles se trouvent, plutôt que dans le cadre d'un système de santé parallèle. À l'échelle mondiale, les services de réduction des risques manquent toujours cruellement de fonds, et ce problème s'amplifie lorsqu'il s'agit de prendre en charge les personnes en déplacement⁴⁵.

⁴² Voir A/HRC/35/21, par. 67 à 68.

⁴³ Voir le paragraphe 12 de l'observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels.

⁴⁴ Voir, par exemple, OMS et HCR, *Évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial : Vade-mecum pour les situations humanitaires* (Genève, OMS, 2012).

⁴⁵ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, « Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of the literature relating to drug use and access to services – background paper: a European guide » (2017). Disponible à l'adresse suivante : www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6341/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Migrants-Asylum-seekers-Refugees-Drug-use.pdf.

54. Partout dans le monde, les pénuries de personnel de soins et d'accompagnement en santé mentale entravent considérablement l'accès aux services⁴⁶. Les interventions humanitaires doivent aussi faire face à ces pénuries⁴⁷, ce qui constitue une difficulté majeure pour la mise en œuvre des directives du Comité permanent interorganisations⁴⁸. Les modèles fondés sur la prise en charge communautaire et sur l'accompagnement par des groupes d'entraide offrent un moyen de surmonter le manque de ressources humaines⁴⁹.

Accessibilité

55. Depuis quelques années, les États ont davantage recours à des politiques migratoires restrictives et répressives comme moyen de dissuader les migrations⁵⁰. Les politiques de ce type ont contribué à engendrer un environnement à risque où les violations des droits de l'homme ont plus de chances de se produire et ont effectivement lieu, y compris aux mains d'agents de l'État⁵¹. L'élaboration de politiques migratoires mettant l'accent sur l'inclusion et centrées sur la vie dans une communauté d'homologues a créé des conditions favorables au bien-être⁵². Les États devraient s'employer activement à l'élaboration de ce type de lois et de politiques.

56. Le Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants et le précédent Rapporteur spécial sur le droit à la santé ont noté que les besoins de santé des immigrants sans papiers ou en situation irrégulière sont souvent non satisfaits de manière systématique et irréversible⁵³. Dans certains pays, les personnes en déplacement se trouvant en situation irrégulière sont marginalisées du fait de la loi ou de politiques ou simplement en pratique, ne sont autorisés à obtenir que des soins médicaux d'urgence, souvent à titre onéreux, et sont ainsi privés des soins primaires ou secondaires (et donc des services de soins et d'accompagnement en santé mentale) dont ils ont besoin. De même, lorsque les services sociaux et le personnel de santé sont tenus – du fait de la loi ou de politiques ou simplement en pratique – de signaler les immigrants en situation irrégulière aux services de l'immigration ou à d'autres autorités publiques, les personnes en déplacement ne peuvent pas accéder aux soins sans risquer d'être arrêtées, détenues et expulsées, et y renoncent pour cette raison. Cela constitue une violation du droit à la vie privée, ainsi qu'un obstacle à la réalisation du droit à la santé. La mise en place de mesures de cloisonnement des fonctions permettant aux personnes en déplacement de s'entretenir librement avec des agents publics pour signaler d'éventuelles violations est un moyen reconnu de créer un espace hors d'atteinte de la police des frontières et de faciliter ainsi l'accès aux services⁵⁴.

⁴⁶ OMS, *Mental Health Atlas 2017* [Atlas de la santé mentale 2017] (Genève, 2018).

⁴⁷ International Medical Corps, « Mental health and psychosocial support considerations for Syrian refugees in Turkey: sources of distress, coping mechanisms, and access to support », rapport d'évaluation (Los Angeles et Washington, 2017).

⁴⁸ Comité permanent interorganisations, *Review of the Implementation of the IASC Guidelines*.

⁴⁹ T. Hoeft *et al.*, « Task-sharing approaches to improve mental health care in rural and other low-resource settings: a systematic review », *The Journal of Rural Health*, vol. 34, n° 1 (décembre 2018). Carolyn Williams, « The Southeast Asian refugees and community mental health », *Journal of Community Psychology*, vol. 13 (juillet 1985).

⁵⁰ Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, « New Walled Order: How barriers to basic services turn migration into a humanitarian crisis » (2018). Disponible à l'adresse suivante : <http://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2018/07/180628-Migration-policy-report-A4-EN.pdf>.

⁵¹ Ibid. Voir également A/72/335.

⁵² Ibid.

⁵³ A/HRC/17/33 et A/HRC/23/41.

⁵⁴ François Crépeau et Bethany Hastie, « The case for “firewall” protections for irregular migrants: Safeguarding fundamental rights », *European Journal of Migration and Law*, vol. 17 (juin 2015).

57. Les services de soins et d'accompagnement en santé mentale devraient être accessibles aux personnes en déplacement qui présentent un handicap, et ce, sur un pied d'égalité avec les autres. L'accessibilité physique des centres de service ouverts aux personnes en déplacement présentant un handicap constitue un problème manifeste auquel il faudrait remédier d'urgence si l'on veut réaliser le droit à la santé physique et mentale de manière non discriminatoire⁵⁵. De même, les services de soins et d'accompagnement en santé mentale devraient disposer de structures d'accueil pour les personnes présentant un handicap intellectuel, cognitif ou psychosocial, et reconnaître que l'éventail des fonctions et aptitudes existant dans toutes les populations se retrouve aussi chez les personnes en déplacement.

58. Pour garantir l'accessibilité des services de soins et d'accompagnement en santé mentale, il faudrait s'employer à surmonter les obstacles géographiques, culturels et linguistiques en renforçant les capacités, en créant des équipes mobiles assurant la desserte des régions reculées, en faisant appel à des interprètes, en organisant des activités de proximité et en dispensant des soins et un accompagnement adaptés à la diversité des langues, cultures, sensibilités et besoins particuliers des personnes concernées.

Acceptabilité

59. Pour être acceptée, une démarche de soins et d'accompagnement en santé mentale visant les personnes en déplacement doit prendre en compte la diversité des horizons, qui peuvent éclairer le vécu de la migration et l'intégration dans le pays d'accueil. Par conséquent, les services de soins et d'accompagnement en santé mentale doivent être attentifs aux questions de culture, de religion, de langue et de contexte. Des études ont montré que les personnes venant d'horizons différents vivent les effets psychiques de la migration et du déplacement de différentes manières⁵⁶, et cela devrait être pris en compte au moyen d'une participation inclusive des communautés lors de la conception et de la mise en œuvre des interventions. Les modèles de soins et d'accompagnement issus de l'approche biomédicale, qui ont tendance à « s'exporter » vers d'autres régions du monde⁵⁷, ne sont pas toujours adaptables à leurs nouveaux contextes. Il est nécessaire de mettre au point des solutions locales, reposant sur des données objectives et sur les droits de l'homme, pour garantir l'acceptabilité des services dispensés.

60. Dans certains contextes, on a observé un phénomène de « xénophobie médicale » par lequel des professionnels de santé sont mêlés à un refus d'accès aux services à l'encontre de personnes en déplacement⁵⁸. La discrimination peut aussi avoir pour effet de décourager les personnes en déplacement de chercher à obtenir des services de soins et d'accompagnement en santé mentale quand elles en ont

⁵⁵ Human Rights Watch, « Grèce : Les réfugiés handicapés oubliés, négligés », 18 janvier 2017. Disponible à l'adresse suivante : www.hrw.org/fr/news/2017/01/18/grece-les-refugies-handicapes-oublies-negliges.

⁵⁶ M. Terheggen, M. Stroebe et R. Kleber, « Western conceptualizations and eastern experience: a cross-cultural study of traumatic stress reactions among Tibetan refugees in India », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 14, n° 2 (avril 2001). Laurence Kirmayer, « Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 183, n° 12 (septembre 2011).

⁵⁷ Richard Bentall, « Western models for mental health : a cautionary note », *Commonwealth Health Partnerships 2014*. Disponible à l'adresse suivante : www.commonwealthhealth.org/wp-content/uploads/2014/05/5-Western-models-for-mental-health-bentall.pdf.

⁵⁸ Orateng Lepodise, « Medical xenophobia: public hospitals deny migrants health care services – South African Human Rights Commission », 29 mars 2018. Disponible à l'adresse suivante : www.dailymaverick.co.za/article/2018-03-29-medical-xenophobia-public-hospitals-deny-migrants-health-care-services-sahrc/#.WxFXCUgvzD6.

besoin, si bien que leur situation continue de s'aggraver⁵⁹. Cela fait bien ressortir la nécessité d'engager avec toutes les catégories de personnel de santé un dialogue sur le fait que le droit à la santé mentale s'applique à tous, y compris aux personnes en déplacement. Les États devraient s'employer activement à faire le nécessaire pour éliminer toute discrimination dans les services de soins et d'accompagnement en santé mentale, notamment en prenant des mesures de politique générale et à instituant des programmes de formation. L'enseignement des droits de l'homme devrait être intégré à la formation de toutes les catégories de personnel appelées à travailler avec des personnes en déplacement. Les organisations professionnelles du monde de la santé, notamment l'Association médicale mondiale⁶⁰ et l'Association mondiale de psychiatrie⁶¹, sont en train d'accomplir un travail important pour lutter contre la violence structurelle et la discrimination⁶². On ne peut que saluer et encourager ces initiatives. On ne peut pas non plus ignorer les forces structurelles plus profondes qui engendrent les attitudes discriminatoires, car tous les membres des professions de santé sont aussi des personnes vivant dans leur propre espace local⁶³.

Qualité

61. La bonne qualité des services de soins et d'accompagnement est une condition nécessaire à la réalisation du droit à la santé mentale. Les services de soins et d'accompagnement en santé mentale dispensés aux migrants devraient porter sur la prévention, la promotion de santé, le traitement, le rétablissement et l'épanouissement personnel. Le recours excessif aux interventions biomédicales, notamment l'utilisation inappropriée ou la surprescription de médicaments psychotropes, l'usage de la contrainte et les admissions non consenties, porte atteinte au droit de recevoir des soins et un accompagnement de qualité. Les facteurs de stress auxquels sont confrontées les personnes en déplacement ne devraient pas être pathologisés et traités automatiquement comme des « maladies » de nature biomédicale. Il faudrait plutôt adopter une approche reconnaissant l'intérêt de toutes les modalités d'intervention, y compris les méthodes non spécialisées et les actions de promotion de la santé mentale visant à favoriser le bien-être.

62. Les programmes de formation et de renforcement des capacités des systèmes de santé mentale devraient reposer en priorité sur des modèles qui évitent de pathologiser ou de médicaliser le vécu de la mobilité humaine ou d'accorder une place trop importante aux interventions biomédicales, mais qui reconnaissent plutôt l'intérêt d'une démarche fondée sur le développement des relations humaines. Le renforcement des capacités devrait également tenir compte de la nécessité d'adopter une approche reposant sur les droits de l'homme et s'articulant autour de soins

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ Association mondiale de psychiatrie, « WPA Position Statement Migrant Crisis », 2016. Disponible à l'adresse suivante : www.wpanet.org/detail.php?section_id=7&content_id=1772.

⁶¹ Association médicale mondiale, « Résolution de l'AMM sur les réfugiés et les migrants ». Disponible à l'adresse suivante : www.wma.net/fr/policies-post/resolution-de-lamm-sur-les-refugies-et-les-migrants/.

⁶² Voir, par exemple, British Dental Association, « X-rays for young asylum seekers: inaccurate and unethical », 23 novembre 2015. Disponible à l'adresse suivante : www.bda.org/news-centre/latest-news-articles/Pages/Xrays-for-young-asylum-seekers-inaccurate-and-unethical.aspx. Colleen Kraft, « AAP statement opposing separation of children and parents at the border », American Academy of Pediatrics, 8 mai 2018. Disponible à l'adresse suivante : www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/StatementOpposingSeparationofChildrenandParents.aspx. American College of Physicians, « Immigration position statement », 30 janvier 2017. Disponible à l'adresse suivante : www.acponline.org/acp_policy/policies/immigration_position_statement_2017.pdf.

⁶³ Seth M. Holmes et Philippe Bourgois, *Fresh Fruit, Broken Bodies: Migrant Farmworkers in the United States* (Berkeley, University of California Press, 2013).

culturellement adaptés qui prennent en considération les circonstances sociales, juridiques, financières et politiques particulières dans lesquelles évoluent les personnes en déplacement.

63. Les services de soin et d'accompagnement s'adaptant bien aux particularités culturelles occupent une place essentielle dans la réalisation du droit à la santé mentale. Il faut donc faire en sorte que les besoins socioculturels particuliers des personnes en déplacement soient satisfaits sur un pied d'égalité avec ceux des autres usagers d'un service donné, en tenant compte des facteurs linguistiques, ethniques, religieux ou autres qui caractérisent chaque culture. Un moyen d'améliorer l'adaptation culturelle des services consiste à intégrer au cadre de soins et d'accompagnement des personnes en déplacement partageant la culture des usagers. La démarche consistant à former et à employer des promoteurs de la santé mentale, des animateurs de groupe d'entraide, des ambassadeurs bénévoles et des médiateurs culturels issus des communautés de réfugiés, de migrants ou de personnes déplacées s'est avérée utile et devraient être reproduite⁶⁴.

64. Les professionnels de santé ont l'obligation déontologique de soigner dans tous les cas ; pourtant, à l'égard des personnes en déplacement, on leur demande souvent d'endosser des fonctions d'agents des services d'immigration⁶⁵. Les États devraient reconnaître que ce problème déontologique peut constituer un obstacle important à la réalisation du droit à la santé physique et mentale des personnes en déplacement et devraient prendre toutes les mesures nécessaires pour que les professionnels de santé, qui sont avant tout chargés de dispenser leurs services à ceux qui en ont besoin, ne soient pas confrontés à cette difficulté.

V. Enjeux d'actualité

65. Conformément au souhait réitéré du Rapporteur spécial de donner la priorité au développement sain des enfants et des jeunes, il convient d'accorder une attention particulière au droit à la santé mentale des enfants et des familles en déplacement. À cet égard, le Rapporteur spécial, dans son dernier rapport en date sur la privation de liberté, met en évidence les vastes répercussions de celle-ci sur la santé mentale et fait état de préoccupations quant à la protection du droit à la santé mentale dans les modèles de détention à caractère punitif. Alors que la détention des immigrants constitue dans de nombreuses régions du monde la stratégie par défaut pour réguler la mobilité humaine, le présent rapport se penche sur cette pratique dans l'optique du droit à la santé mentale.

A. Enfants et familles

66. La cellule familiale est un élément fondamental de la santé mentale et du bien-être, en particulier pour les enfants et les adolescents, et se situe au centre de

⁶⁴ Mind, *Improving Mental Health Support for Refugee Communities: An Advocacy Approach* (Londres, 2009). Disponible à l'adresse suivante :

www.mind.org.uk/media/192447/Refugee_Report_1.pdf. Kieft *et al.*, « Paraprofessional counselling within asylum seekers' groups in the Netherlands » (voir supra note 39). Quosh, « Takamol » (voir supra note 39). P. Ventevogel, « Capitalization: psychosocial services and training institute in Cairo » (étude non publiée).

⁶⁵ D. Biswas *et al.*, « Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study of Denmark, Sweden, and the Netherlands », *Health and Human Rights*, vol. 14, n° 2 (décembre 2012).

l'évolution historique des politiques et législations migratoires dans le monde entier⁶⁶. Ceci reflète l'idée commune que l'unité de la famille est une valeur universelle transcendant toutes différences idéologiques, géographiques ou culturelles⁶⁷. L'atteinte à l'unité de la famille dans le contexte de la mobilité humaine, avec ses effets préjudiciables sur la santé mentale et le bien-être des enfants et adolescents en déplacement, est une violation des droits et constitue un problème dont les effets pourraient durer des années, voire toucher les générations à venir.

67. Comme l'a souligné le Rapporteur spécial dans ses précédents rapports, les principaux facteurs susceptibles de favoriser la réalisation du droit à la santé mentale sont la stabilité du milieu familial et la participation à la vie d'une collectivité caractérisée par les liens solides qui s'établissent entre ses membres⁶⁸. La santé mentale et le bien-être de tous les enfants et adolescents peuvent être considérablement améliorés s'ils vivent dans des environnements propices à leur épanouissement, répondant à leurs besoins de sécurité et de non-violence⁶⁹, se prêtant à l'établissement de relations saines⁷⁰ et assurant l'accès à une éducation de qualité⁷¹. Les États devraient prendre toutes les mesures nécessaires pour mettre de tels environnements à la disposition de tous les enfants et adolescents, y compris ceux qui sont en déplacement.

68. Le Rapporteur spécial a souligné que les États avaient l'obligation d'assurer à tous les enfants et adolescents des services de soins et d'accompagnement en santé mentale de qualité qui soient acceptables, accessibles et disponibles. Il a aussi noté qu'en dépit de ces obligations, il y avait matière à s'inquiéter du manque de reconnaissance de la nature et de l'ampleur des besoins de santé mentale et de bien-être à assurer chez les jeunes⁷². Force est de constater qu'à l'échelle mondiale, les services de soins et d'accompagnement en santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents sont en sous-capacité⁷³, et qu'on y observe le même recours excessif aux soins en institution et aux interventions biomédicales que dans les autres systèmes de santé mentale⁷⁴. Tous les enfants et adolescents, y compris ceux qui sont en déplacement, possèdent un droit inaliénable à la santé mentale que les États doivent réaliser en prenant des mesures concrètes, notamment au moyen d'une montée en puissance de services de soins et d'accompagnement adhérent à une approche fondée sur les droits et prenant en considération les déterminants sociaux, culturels, économiques, juridiques et politiques de la santé mentale et du bien-être.

69. La Convention relative aux droits de l'enfant établit le principe primordial de l'intérêt supérieur de l'enfant dans toutes les questions qui le concernent. Ce principe s'applique à tous les enfants et adolescents en déplacement. Malgré cela, on a observé

⁶⁶ Stephen Legomsky, « Immigration, equality and diversity », *Columbia Journal of Transnational Law*, vol. 31, n° 2 (1993).

⁶⁷ M. Hirschfield et D. Wikler, « An Ethics Perspective on Family Caregiving Worldwide: Justice and Society's Obligations », *Generations*, vol. 27, n° 4 (2003).

⁶⁸ [A/HRC/29/33](#), [A/HRC/32/32](#) et [A/HRC/35/21](#).

⁶⁹ Mina Fazel *et al.*, « Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors », *The Lancet*, vol. 379, n° 9812 (janvier 2012).

⁷⁰ Bonnie Benard, *Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School, and Community* (Washington, Département de l'éducation, 1991).

⁷¹ M. Atkins *et al.*, « Toward the integration of education and mental health in schools », *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, vol. 37, n°s 1 et 2 (mars 2010).

⁷² Voir [A/HRC/32/32](#), par. 71.

⁷³ Panos Vostanis, « Global child mental health: emerging challenges and opportunities », *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 22, n° 4 (2017).

⁷⁴ Voir [A/HRC/32/32](#), para. 15.

des atteintes aux droits de ces enfants en ce qui concerne l'éducation⁷⁵, la protection sociale⁷⁶, la santé⁷⁷, la sûreté et la sécurité⁷⁸, l'accès à la justice⁷⁹, la protection contre la torture et les autres traitements cruels, inhumains ou dégradants⁸⁰ et la non-discrimination⁸¹, et ces atteintes peuvent toutes avoir de graves répercussions sur leur santé mentale et leur bien-être. Le Rapporteur spécial invite les États à assurer sans délai la mise en conformité avec la Convention de la totalité des lois, politiques et protocoles ayant trait aux migrations et aux déplacements de populations.

70. Les efforts visant au regroupement familial peuvent avoir des retombées positives importantes sur la santé mentale des enfants et adolescents en déplacement. Pourtant, on observe une opacification délibérée des politiques de regroupement familial. Cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, porte atteinte à son droit à l'unité familiale et à la santé physique et mentale, et met en péril non seulement son épanouissement complet et harmonieux, mais aussi son bien-être mental et son potentiel de croissance psychologique et cognitive. Les lois et politiques qui institutionnalisent la pratique consistant à séparer les enfants en déplacement de leur famille contribuent fortement à engendrer des problèmes de santé mentale et doivent être abrogées sans délai.

71. Les enfants et adolescents en situation de migration irrégulière risquent également d'avoir des problèmes de santé mentale. Les États devraient être attentifs aux difficultés psychologiques considérables que subissent les enfants et adolescents passibles d'expulsion ou comptant dans leur famille des personnes qui le sont⁸². Lorsque de telles mesures sont envisagées, en particulier dans les politiques et dans la législation, le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant devrait être la considération primordiale.

72. Les interventions auprès de la petite enfance, et notamment les programmes de développement du jeune enfant, devraient être mises à la disposition des enfants en déplacement, et ce, sur un pied d'égalité avec tous les autres enfants. L'importance des programmes de développement du jeune enfant ne doit pas être sous-estimée, vu le grand potentiel d'adaptabilité des nourrissons et des tout-petits et leur capacité à se rétablir des effets des facteurs de stress aigus lorsque l'accompagnement nécessaire est assuré. De même, la mise en place d'un environnement scolaire sûr et favorable

⁷⁵ Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), « Refugee and migrant children stuck in Greece face double crisis », communiqué de presse, 26 août 2016. Disponible à l'adresse suivante : www.unicef.org/media/media_92675.html.

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Human Rights Watch, « Jordan: step forward, step back for urban refugees: they get legal status, but lose health subsidies », 29 mars 2018 (actualisé). Disponible à l'adresse suivante : www.hrw.org/news/2018/03/25/jordan-step-forward-step-back-urban-refugees. Erica Moretti, « How to help Syria's refugee children », *Washington Post*, 8 mars 2018. Disponible à l'adresse suivante : www.washingtonpost.com/news/made-by-history/wp/2018/03/08/how-to-help-syrias-refugee-children/?utm_term=.0e0b84fedb88.

⁷⁸ Atika Shubert, Bharati Naik et Bryony Jones, « Refugee life, as seen by children fleeing war », CNN, 20 juin 2016. Disponible à l'adresse suivante : www.cnn.com/2016/06/20/europe/child-refugees-greece/index.html.

⁷⁹ Conseil européen sur les réfugiés et les exilés, « Right to justice: quality legal assistance for unaccompanied children – comparative report » (2014).

⁸⁰ Harriet Grant, « Home Office faces court action over asylum children », *The Guardian*, 24 avril 2018.

⁸¹ Zeynep Doğusan, « Refugee children discriminated against in Germany, UNICEF says », *Daily Sabah*, 10 septembre 2014.

⁸² Medical Express, « Ending DACA could have dire public health consequences », 15 septembre 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://medicalxpress.com/news/2017-09-daca-dire-health-consequences.html>.

est une condition préalable tout à fait essentielle à une bonne santé mentale. Trop souvent, les enfants sont isolés, brimés ou punis à cause de leur statut de migrants.

B. Détention

73. Dans son rapport sur la privation de liberté et le droit à la santé, le Rapporteur spécial note que la détention des immigrants est une pratique de plus en plus fréquente et qu'elle a de graves répercussions sur la santé mentale et le bien-être des personnes en déplacement⁸³. Dans de nombreux cas, la détention des immigrants se fait sans respect des formes régulières.

74. Des travaux de recherche ont démontré que le fait de détenir des personnes en déplacement dans des conditions inhumaines pouvait avoir des répercussions néfastes sur leur santé mentale⁸⁴. La détention des immigrants peut également aggraver des problèmes de santé mentale existants. Ceux que les personnes en déplacement éprouvent pendant leur détention persistent après celle-ci et peuvent avoir des effets néfastes sur leur qualité de vie⁸⁵. Par ailleurs, les données indiquent clairement que la détention est un mode de dissuasion inefficace.

75. Le Groupe de travail sur la détention arbitraire a déclaré que la détention d'immigrants devrait être progressivement abolie⁸⁶. Se faisant l'écho de cette déclaration, ainsi que des directives pertinentes de l'ONU⁸⁷, le Rapporteur spécial recommande aux États d'établir dans la loi une présomption contre la détention des immigrants, d'œuvrer progressivement à mettre fin à toutes formes de détention d'immigrants et de donner la priorité à la mise en œuvre de mesures remplaçant la détention par des solutions de proximité non privatives de liberté.

76. Le contexte des migrations et des déplacements donne également lieu à la détention arbitraire de personnes présentant des handicaps intellectuels, cognitifs ou psychosociaux. La Convention relative aux droits des personnes handicapées interdit absolument toute privation de liberté fondée sur un handicap. Une telle pratique porte atteinte au droit à la liberté individuelle et à la sécurité⁸⁸ et peut constituer une atteinte au droit de vivre à l'abri de la torture et des mauvais traitements⁸⁹. Elle est également incompatible avec le droit à la santé mentale.

VI. Conclusions et recommandations

77. Le présent rapport est l'occasion d'aborder de manière intégrée deux grands problèmes de notre époque : le mouvement sans précédent de personnes déplacées de force qui a marqué les dernières décennies et la reconnaissance récente du fait que la santé mentale constitue une priorité mondiale.

⁸³ Voir A/HRC/38/36, par. 14.

⁸⁴ Katy Robjant, Rita Hassan et Cornelius Katona, « Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review », *British Journal of Psychiatry*, vol. 194, n° 4 (avril 2009).

⁸⁵ G. Coffey *et al.*, « The meaning and mental health consequences of long-term immigration detention for people seeking asylum », *Social Science and Medicine*, vol. 70, n° 12 (juin 2010).

⁸⁶ Voir A/HRC/13/30, par. 58.

⁸⁷ HCDH, Principes et directives recommandés sur les droits de l'homme aux frontières internationales (Genève, 2014) Disponible à l'adresse suivante : www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/OHCHR_Recommended_Principles_Guidelines_FR.pdf.

⁸⁸ Voir le paragraphe 3 de l'observation générale n° 35 (Liberté et sécurité de la personne) du Comité des droits de l'homme.

⁸⁹ Voir A/63/175, par. 47 et 65.

78. Les problèmes en question ont plusieurs dénominateurs communs, et l'enseignement qui en découle au premier chef est la nécessité de réagir et de renoncer aux politiques et pratiques discriminatoires qu'alimentent les attitudes négatives et les discours hostiles à l'égard des personnes en déplacement. Le climat de peur et d'intolérance qui résulte de ces attitudes et de ces discours a pour effet non seulement de porter atteinte à la santé mentale et au bien-être des personnes en déplacement, mais aussi de nuire à la mise en place d'environnements favorables et donc, peut-être, à la santé mentale et au bien-être de la population dans son ensemble. Cela concerne les enfants et les adultes des sociétés hôtes, et notamment le personnel de santé, qui vit dans celles-ci et qui pourraient se retrouver à reproduire des pratiques discriminatoires.

79. Les actes et paroles xénophobes des personnes exerçant un pouvoir politique ont des répercussions négatives sur le droit à la santé mentale. Ils contribuent à créer des environnements hostiles sur le plan émotionnel et psychosocial et à dégrader la qualité des relations humaines, engendrant ainsi une société empreinte de méfiance, d'intolérance et de manque de respect envers les autres.

80. Il est essentiel que les différents États et parties prenantes se donnent pour principal objectif de mettre fin à ces tendances et d'établir des collectivités caractérisées par des relations humaines de bonne qualité. Les mesures ponctuelles ont peu d'effet tant que ne sont pas établis et maintenus des environnements favorables à la réalisation des droits de chacun, y compris les droits des personnes déplacées et le droit à la santé pour tous.

81. Alors que nous célébrons le soixante-dixième anniversaire de l'adoption de la Déclaration universelle des droits de l'homme, il convient de rappeler aux États et aux parties prenantes que les atteintes au droit à la santé mentale peuvent résulter de paroles ou d'actes, et notamment de ceux des représentants de l'État. Les discours et actes xénophobes doivent cesser.

82. Les bonnes pratiques recensées dans le rapport pourraient être reproduites. Le Rapporteur spécial tient à remercier les États, acteurs de la société civile, professionnels de santé et autres parties prenantes qui se sont appliqués à protéger et promouvoir les droits des personnes en déplacement et à réaliser leur droit à la santé mentale.

83. Pour assurer une résolution complète des problèmes soulevés dans le rapport, le Rapporteur spécial recommande aux États de :

a) Prendre immédiatement des mesures pour abroger les lois et politiques qui érigent la migration irrégulière en infraction pénale ou qui, pour des motifs de statut au regard de l'immigration, portent atteinte à la capacité des personnes en déplacement de participer à la vie de leurs communautés d'accueil, d'établir des relations authentiques au sein de celles-ci, de travailler, de suivre une scolarité ou d'accéder à des services, notamment ceux de soins et d'accompagnement en santé mentale ;

b) Prohiber immédiatement et éliminer sans délai la détention des enfants et les autres pratiques qui ne sont pas dans leur intérêt supérieur, notamment la détention ou la séparation des familles et l'opacification des règles de regroupement familial ;

c) Prohiber immédiatement la détention des migrants présentant un handicap intellectuel, cognitif ou psychosocial et veiller à ce que les décisions concernant l'admission, le séjour, la naturalisation ou l'expulsion des personnes

en déplacement ne puissent pas se fonder uniquement sur leur état de santé, et en particulier leur état de santé mentale ;

d) Œuvrer progressivement à mettre fin à toute forme de détention des migrants et à faire en sorte que, dans les circonstances exceptionnelles où on y a recours, elle se fasse dans le respect intégral des formes régulières et sous la surveillance de mécanismes indépendants conçus pour prévenir la torture, les mauvais traitements, la violence et les atteintes à la réalisation du droit à la santé physique et mentale ;

e) Faire en sorte que les migrants placés en détention le soient dans des conditions conformes aux normes sanitaires et qu'ils aient accès aux services de santé essentiels, y compris ceux de soins et d'accompagnement en santé mentale ;

f) Établir entre les prestataires de services et la police des frontières des pare-feu efficaces et juridiquement contraignants qui interdisent à celle-ci de mener des opérations à l'intérieur ou à proximité des centres de soins et d'accompagnement en santé mentale ;

g) Mettre en place des services de soins et d'accompagnement en santé mentale fondés sur les droits et directement accessibles aux personnes en déplacement (ces services doivent pourvoir aux besoins des usagers en matière de sécurité, de participation à la vie locale et de moyens d'existence, reconnaître que les déterminants sociaux, culturels, économiques, politiques et juridiques de leur santé mentale et de leur bien-être doivent guider les interventions, répondre à leurs besoins culturels, religieux et linguistiques, et être adaptés à leur contexte) ;

h) Mettre en place des procédures d'examen et d'évaluation destinées à dépister, parmi les personnes en déplacement, celles qui ont été victimes de violence sexuelle et sexiste ou d'actes de torture ou qui présentent un handicap intellectuel, cognitif ou psychosocial ou d'autres besoins en matière de santé mentale et de bien-être ;

i) Garantir la continuité et le suivi non discriminatoire des soins et de l'accompagnement en santé mentale, au profit de tous et notamment des personnes en déplacement, en adressant les usagers aux services compétents et en incorporant largement la réponse à leurs besoins dans les systèmes de santé mentale existants ;

j) Inclure un enseignement des droits de l'homme, portant notamment sur le droit à la santé mentale et sur les droits des personnes en déplacement, dans la formation de tous les agents de première ligne s'occupant de ces personnes, et en particulier de tout le personnel de santé ;

k) Veiller à ce que des professionnels de santé spécialisés interviennent aux côtés du personnel sanitaire et social de proximité et des animateurs de groupes d'entraide pour ce qui concerne les soins et l'accompagnement en santé mentale, et ce, pour tous les usagers, y compris les personnes en déplacement ;

l) Faire régner la coopération entre les acteurs de l'aide humanitaire et ceux du développement pour ce qui concerne la santé mentale et se garder d'établir des systèmes de santé parallèles ;

m) Prendre les mesures nécessaires pour inverser la tendance à recourir au placement en institution, à la surmédicalisation ou à d'autres formes d'interventions psychiatriques portant atteinte aux droits ;

n) Élever le financement de la santé mentale au rang de priorité dans les budgets nationaux ;

o) Mettre en place des mécanismes de responsabilité adéquats, assurant notamment la surveillance des services de soins et d'accompagnement en santé mentale et des structures de détention, de manière que les personnes en déplacement disposent de moyens de recours lorsque c'est nécessaire.

84. Le Rapporteur spécial invite toutes les parties prenantes, notamment les organisations de la société civile, le personnel de santé, le monde universitaire, la communauté internationale et les donateurs, qui s'emploient à apporter des réponses politiques, humanitaires et sanitaires au problème des personnes en déplacement, à prendre les mesures suivantes :

a) Élever le financement de la santé mentale au rang de priorité dans le domaine de l'aide internationale au développement et de l'aide humanitaire ;

b) Accroître les ressources, la formation et le renforcement des capacités dans le domaine des services de soins et d'accompagnement en santé mentale, et ce, pour tous les usagers, y compris les personnes en déplacement ;

c) Promouvoir des sociétés inclusives qui reconnaissent la diversité humaine et la contribution de tous aux collectivités dans lesquelles ils vivent ;

d) Avancer vers des modèles plus globaux de rétablissement collectif à l'échelle des collectivités locales, en mettant l'accent sur les principaux déterminants de la santé mentale, en particulier l'inclusion et les relations saines au sein des communautés ;

e) Œuvrer à la mise en place de services de soins et d'accompagnement en santé mentale de proximité qui réunissent des prestataires abordant le bien-être sous ses différents aspects, notamment ses dimensions psychologique, sociale, médicale juridique, économique et spirituelle ;

f) Se concerter avec le personnel de soin et d'accompagnement et avec les agents de première ligne s'occupant des personnes en déplacement en vue de mieux informer celles-ci sur leur droit à la santé mentale et de s'attaquer au problème de la discrimination dans les structures de service.
