



ICRC



the power of humanity

Laboratoire mondial de la Migration
hébergé par la Croix-Rouge australienne

Confinés et exclus ?

Pourquoi l'accès des migrants aux services de base est essentiel à nos activités d'intervention et de rétablissement face à la pandémie de COVID-19

Un rapport du Laboratoire mondial de la Migration de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge





Crédit: Société philippine de la Croix-Rouge

© 2021 Laboratoire mondial de la Migration de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, hébergé par la Croix-Rouge australienne

Toute partie de cette publication peut être citée, copiée, traduite dans d'autres langues ou adaptée pour répondre aux besoins locaux sans l'autorisation préalable du Laboratoire mondial de la Migration de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, à condition que la source soit clairement mentionnée.

Légende de la photo de couverture : Abdul Karim Adamou (animateur et bénévole de la Croix-Rouge du Niger) et Ali, un migrant de 32 ans originaire de Conakry en Guinée, cousent des masques lors d'une activité psychosociale à Niamey en mars 2020. Crédit photo : Noemi Monu, Croix-Rouge danoise.

Citation : Hoagland N., Randrianarisoa A., 2021, *Confinés et exclus*, Laboratoire mondial de la Migration de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Australie.

Nous contacter

Laboratoire mondial de la Migration de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, hébergé par la Croix-Rouge australienne
23-47 Villiers St North Melbourne VIC 3051

T +61 3 9345 1800

C Globalmigrationlab@redcross.org.au

I www.redcross.org.au/globalmigrationlab



Remerciements

Bon nombre des auteurs, contributeurs et soutiens de ce projet de recherche étaient eux-mêmes confrontés à divers défis dans leur travail, y compris la pandémie de COVID-19 et des catastrophes liées au climat. Certains ont dû se concentrer sur l'intervention humanitaire face aux crises. Beaucoup ont dû s'adapter à de nouvelles manières de vivre, au travail, à la maison et dans le cadre de leur bénévolat, gérant ce projet de recherche en plus d'autres responsabilités à plein temps. Le Laboratoire mondial de la Migration de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (CRCR) tient à remercier les nombreuses personnes qui ont contribué au succès de ce projet pilote de recherche.

Préparation du rapport mondial : Ce rapport a été consolidé et rédigé par Nicole Hoagland et Agathe Randrianarisoa sur la base d'études à l'échelle nationale de huit Sociétés nationales du CRCR et des contributions d'autres acteurs du Mouvement CRCR, comme indiqué ci-dessous.

Principaux contributeurs et équipes nationales de recherche :

- Australie : Rapport national rédigé par Agathe Randrianarisoa, Nicole Hoagland et Laure-Emmanuelle Leguy, avec les contributions d'Anne Dijkman, Michael Kunz et Vicki Mau (tous membres de la Croix-Rouge australienne).
- Colombie : Rapport national rédigé par Diego Piñeros, avec les contributions de Zayda Moreno, Diana Cruz et Aixa Franco (toutes membres de la Croix-Rouge colombienne) et Nadia Khoury (FICR).
- Égypte : Rapport national rédigé par le Dr Salma Sallout, le Dr Moody Samuel et Marcelle Yassa, avec les contributions du Dr Ola Omran, du Dr Esraa Ezat, du Dr Mohamed El Keblawy, du Dr Alaa Salah, du Dr Ahmed Ragaey et de M. Hamed Mohamed (tous membres du Croissant-Rouge égyptien) et de Fabrizio Anzolini (FICR).
- Éthiopie : Rapport national rédigé par Abebe Assefa, Workneh Kebede et Eyob Asfaw (tous de l'Université d'Addis-Abeba), avec les contributions d'Abyote Assefa (Société de la Croix-Rouge éthiopienne) et de Hans Storgaard (Croix-Rouge danoise).
- Philippines : Rapport national rédigé par Nora A. Mustacisa (consultante indépendante), avec les contributions de Joji Marmolejo, Rona Alexis Castillo, Mary Ann Bernardo, Christopher Dale Vallejos et Michalle Angelo Mabugnon (tous membres de la Croix-Rouge philippine) et Maria-Theresa Baylon (IFRC)
- Région du Sahel : Rapport AMIRA rédigé par Louiza Chekhar (Croix-Rouge britannique), avec les contributions de Joanna Moore (Croix-Rouge britannique), Jo-Lind Roberts-Sene (Croix-Rouge danoise) et Ramiro Chico Hernández (Croix-Rouge espagnole).
- Soudan : Rapport national rédigé par Amira Hassan Abdul Rahman, A.D. Mohammed Hamed Ibrahim, et le Dr Mohamed Osman Abdul Aziz (tous de l'Université de Dongola) et A. Sami Mahdi et Najla Abdul Rahman Hussein (Société du Croissant-Rouge soudanais), avec les contributions de Sanja Pupacic (Croix-Rouge danoise).
- Suède : Rapport national rédigé par Johanna Saunders, Keenan Allen, Maite Zamacona (tous membres de la Croix-Rouge suédoise), avec les contributions de Charlotta Arwidson (Collège universitaire de la Croix-Rouge suédoise).
- Royaume-Uni : Rapport national rédigé par Claire Porter, Sohini Tanna, Fabio Apollonio, Emily Knox, avec les contributions de Lilah Davidson, Zeraslasie Shiker et Joanna Moore (tous membres de la Croix-Rouge britannique).

Contributions et soutien supplémentaires : Le Laboratoire mondial de la Migration tient également à remercier les personnes suivantes qui ont fourni des contributions et un soutien continu, y compris pour la révision du contenu : Jose-Felix Rodriguez (FICR), Lisa Zitman (FICR), Giulio Morello (FICR), Tiziana Bonzon (FICR), Zeke Simperingham (FICR), Brian Michael Brady (FICR), Rachel Abou Safi (FICR), Carmen Rodriguez (FICR), Matthew Cochrane (FICR), Nathalie Perroud (FICR), Angela Cotroneo (CICR), Helen Cecilia Obregón Gieseken (CICR), Alexandra Jackson (CICR), Valentina Manca (CICR), Delphine Van Solinge (CICR), ainsi que les membres du Groupe de travail mondial sur la migration du CRCR et du Groupe d'encadrement de la migration. Le Laboratoire mondial de la Migration tient également à reconnaître l'engagement et le soutien de la direction de l'ensemble des Sociétés nationales impliquées dans ce projet de recherche.

Aide au financement : Le Laboratoire mondial de la Migration tient à remercier la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) et la Croix-Rouge australienne pour leur soutien financier essentiel à ce rapport.

Mise en page et conception : Justin Dance (JDdesign).

Traduction : Ana de Mahomar — Espagnole (indépendante). Nisrine Olleik — Arabe et Français (The Language Platform).

Sommaire

Résumé analytique	5
Introduction	7
Contexte mondial : Migration et COVID-19	9
Principales lois et politiques liées à la COVID-19	10
Coup de projecteur mondial sur les vaccins	10
Mesures politiques spécifiques au pays	12
Obstacles à l'accès aux services de base pendant la pandémie	15
Exclusion basée sur le statut juridique	15
Informations inaccessibles	16
Obstacles financiers	17
Services insuffisants ou indisponibles	18
Application incohérente des lois et politiques pertinentes	19
Peur, préoccupations de santé et de sécurité	20
Manque de documentation pertinente	21
Exclusion numérique	21
Impacts sur la santé, la sécurité et le bien-être des migrants	24
Problèmes mondiaux de protection liés à la COVID-19	25
La Croix-Rouge et le Croissant-Rouge en action durant la pandémie de COVID-19	32
Recommandations	34
Conclusion	34
Annexe 1 — Méthodologie et données démographiques	35
Annexe 2 — Politiques clés liées à la COVID-19 et statistiques sur les migrations dans les pays de recherche	40
<hr/>	
Tableaux et figures	
Tableau 1 : Aperçu des échantillons de recherche COVID-19 des Sociétés nationales	8
Tableau 2 : Impacts sur la santé physique	25
Tableau 3 : Impacts sur la santé mentale	26
Tableau 4 : Impacts économiques	27
Tableau 5 : Impacts sur l'alimentation et le logement	28
Tableau 6 : Stigmatisation et discrimination	29
Tableau 7 : Impacts sur la mobilité	29
Tableau 8 : Violences sexuelles et basées sur le genre	30
Tableau 9 : Risques d'exploitation par le travail et de trafic	30
Figure 1 : Sévérité des mesures d'intervention des pays	12
Figure 2 : Aperçu de l'action des Sociétés nationales assurant aux migrants l'accès aux services de base	32



Résumé analytique

Ce rapport a été élaboré par le nouveau Laboratoire mondial de la Migration de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (CRCR) et se base sur des études menées par huit Sociétés nationales du CRCR (Sociétés nationales) d'Australie, de Colombie, d'Égypte, d'Éthiopie, des Philippines, du Soudan, de Suède et du Royaume-Uni. Il fournit la preuve des répercussions directes et indirectes de la pandémie de COVID-19 et des mesures politiques relatives à l'accès des migrants aux services de base, y compris les vaccins.ⁱ

En tant que réseau humanitaire mondial présent dans 192 pays, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (le Mouvement) aborde la migration d'un point de vue purement humanitaire. Le Mouvement, a volontairement opté pour une définition large du terme « migrants », qui englobe toute personne qui quitte ou fuit son pays d'origine ou lieu de résidence habituel en quête de perspectives plus sûres ou meilleures, généralement à l'étranger, et qui peut avoir besoin de protection ou d'une assistance humanitaire. Les acteurs du CRCR visent à répondre aux besoins humanitaires et à affronter les risques et les vulnérabilités, sans chercher à encourager, décourager ou prévenir la migration. En tant qu'auxiliaires des États dans le domaine humanitaire, les Sociétés nationales s'emploient à répondre aux besoins de protection et d'assistance des migrants tout au long de leur voyage, quel que soit leur statut légal ou migratoire, conformément aux Principes fondamentaux du Mouvement.

Ce rapport s'appuie sur la recherche existante concernant les impacts de la COVID-19 sur les migrants en fournissant des informations supplémentaires relatives aux obstacles communs à l'accès aux services de base dans une gamme de contextes de migration — y compris pour les migrants sans papiers ou irréguliers, les demandeurs d'asile et les réfugiés, les migrants autochtones, les migrants en transit, les migrants munis de visas temporaires ou de permis de séjour, les migrants de retour et ceux se trouvant bloqués en raison de la pandémie. Il explore également le degré d'inclusion des migrants au sein des politiques et des plans de vaccination contre la COVID-19 à l'échelle mondiale.

La collecte et l'analyse des données sur le plan national ont eu lieu entre juillet et décembre 2020, avec des recherches documentaires supplémentaires menées jusqu'au début de février 2021. Au total, plus de 3250 migrants ont été sondés ou interrogés et des discussions ont eu lieu avec plus de 150 parties prenantes clés, représentant des dirigeants communautaires, des autorités locales, des représentants

du gouvernement, des organisations humanitaires et de développement locales, nationales et internationales, ainsi que le personnel et les volontaires du CRCR.ⁱⁱ

Les résultats confirment le fait que les migrants continuent de subir des conséquences humanitaires importantes en raison de l'exacerbation des obstacles existants aux services de base et de l'évolution de nouveaux défis durant la pandémie de COVID-19. Bien que tous les résultats ne s'appliquent pas uniformément dans les pays examinés, et probablement pas à tous les pays hors du cadre de ce projet de recherche, les principaux obstacles identifiés pendant la pandémie comprennent : l'exclusion basée sur le statut juridique ; les informations inaccessibles — tant au niveau de la langue que des canaux de diffusion ; les services insuffisants ou indisponibles ; les obstacles financiers ; l'application incohérente des lois et politiques pertinentes ; la peur, les préoccupations de santé et de sécurité ; le manque de documentation pertinente ; et l'exclusion numérique.

Les mesures politiques liées à la COVID-19, y compris les confinements et les restrictions de mouvement, bien que visant à améliorer les résultats de santé publique, ont contribué à l'incapacité des migrants à répondre à leurs besoins fondamentaux et à vivre dans la sécurité et la dignité. Les impacts les plus importants identifiés dans le rapport comprennent : les risques pour la santé physique, l'aggravation des conditions de santé mentale, les effets économiques graves — notamment un niveau écrasant de perte d'emploi ou de moyens d'existence, l'insécurité alimentaire, ainsi que les difficultés d'accès à un logement convenable afin de demeurer en sécurité et en bonne santé. Bien que les mesures politiques liées à la pandémie aient également affecté des communautés plus larges, les preuves confirment que les migrants ont subi des impacts disproportionnés en raison des vulnérabilités associées aux obstacles au soutien et aux circonstances de leur voyage. Les migrants sont également exposés au risque de stigmatisation et de discrimination accrues et d'être laissés pour compte dans le déploiement des vaccins contre la COVID-19, générant de ce fait des problèmes de santé individuelle et publique.

Le rapport salue les mesures prises par certains gouvernements visant à atténuer les effets du virus et à faciliter l'accès aux services de base pour les migrants — tels que les assouplissements du respect des visas ou la flexibilité dans le renouvellement des permis de séjour, ainsi que l'inclusion des migrants dans le dépistage et le traitement gratuits contre la COVID-19. Cependant, les interventions d'urgence pour

les migrants, notamment les migrants sans papiers et ceux bénéficiant d'un statut temporaire, tendent à manquer de compatibilité avec les mesures de soutien en cas de pandémie mises en place pour les nationaux ou les résidents permanents. Les migrants ont souvent été exclus des politiques de soutien socio-économique, malgré leur rôle clé dans les efforts d'intervention et de rétablissement, étant surreprésentés dans les secteurs d'emploi durement touchés par la pandémie et étant affectés par les mêmes mesures de prévention et de contrôle que les communautés d'accueil. En effet, la COVID-19 a davantage exposé les barrières systémiques et les inégalités sous-jacentes dans l'accès aux services de base pour les migrants et a élargi les lacunes en matière de soutien, avec des préoccupations croissantes concernant l'inclusion de l'ensemble des migrants par les pays, quel que soit leur statut juridique, dans les politiques et les stratégies de déploiement de la vaccination contre la COVID-19.

L'élimination des obstacles aux services de base pour les migrants est dans l'intérêt de tous. S'appuyant sur les preuves présentées, dans le contexte de la pandémie actuelle et en préparation des futures urgences sanitaires, les gouvernements, les donateurs et les acteurs du développement et de l'humanitaire devraient écouter et être guidés par les voix, l'expertise et l'expérience des migrants.

Il est de la responsabilité première des États de respecter, de protéger et de réaliser les droits humains des migrants, y compris leurs droits économiques et sociaux. Le rapport recommande que les États collaborent avec d'autres parties prenantes dans le but de :

1. Veiller à l'inclusion de l'ensemble des migrants, quel que soit leur statut juridique, dans les interventions locales et nationales face à la COVID-19 qui garantissent l'accès aux services de base, y compris les soins de santé, le logement, l'alimentation, l'eau, les services d'assainissement et d'hygiène, le soutien psychosocial, l'éducation, le soutien d'urgence et les services de protection.
2. S'assurer que tous les migrants, quel que soit leur statut juridique, bénéficient d'un accès efficace à des informations opportunes, précises et fiables relatives à la COVID-19 (et toute future pandémie) dans une langue qu'ils comprennent et par le biais des canaux de diffusion accessibles. Ces informations devraient inclure des mesures de prévention ainsi que les modalités d'accès au dépistage, aux traitements, aux vaccins, ainsi qu'à d'autres soutiens pertinents.
3. Garantir l'inclusion de tous les migrants, quel que soit leur statut juridique, dans les politiques de dépistage, de traitement et de vaccination contre la COVID-19 et dans les stratégies de déploiement, ainsi que leur accès égal aux tests, aux traitements et aux vaccins.
4. Veiller à ce que tous les migrants, quel que soit leur statut juridique, ayant perdu leurs moyens d'existence et n'étant pas en mesure de répondre à leurs besoins fondamentaux soient inclus dans le soutien socio-économique lié à la pandémie (aujourd'hui et à l'avenir).
5. Continuer d'adapter les lois et politiques existantes de manière à garantir un accès inclusif aux services de base et compléter tout changement de politique par des directives opérationnelles et une formation de sensibilisation destinée aux parties prenantes de première ligne afin de garantir la réalisation des droits légaux dans la pratique. Cela comprend l'élimination des obstacles formels empêchant l'accès des migrants aux services, tels que la modification des règles restrictives et/ou les efforts visant à limiter la perte du statut de visa temporaire et à régulariser le statut des personnes sans visa, mais également les obstacles informels, tels que les lacunes en matière d'information, les problèmes linguistiques, ainsi que les frais prohibitifs. En outre, les migrants doivent jouir d'un accès sûr à l'aide humanitaire sans craindre l'arrestation, la détention ou l'expulsion. Dans tous les cas, la considération primordiale doit être le traitement des migrants avec humanité, en tenant compte de leurs vulnérabilités spécifiques et de leurs besoins de protection, et le respect de leurs droits en vertu du droit international.

- i. Aux fins de ce projet de recherche, les services de base comprennent ceux considérés comme essentiels pour le bien-être et la dignité des migrants tels que, mais sans s'y limiter : l'accès aux soins de santé, y compris le dépistage à la COVID-19, au contact tracing, au traitement et au vaccin contre la COVID-19 ; l'accès à des informations appropriées, fiables et adaptées à la culture ; à un logement décent ; à de la nourriture ; aux services d'eau, d'assainissement et d'hygiène ; au soutien des moyens d'existence et du revenu ; ainsi qu'aux services de protection.
- ii. Le CICR n'a fourni aucune information obtenue dans le cadre de son dialogue bilatéral et confidentiel avec les autorités.



Introduction

Ce rapport a été préparé par le nouveau Laboratoire mondial de la Migration de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (CRCR). Il se base sur des recherches menées par huit Sociétés nationales du CRCR (Sociétés nationales), représentant les opérations du programme dans toutes les régions. Des Sociétés nationales d'Australie, de Colombie, d'Égypte, d'Éthiopie, des Philippines, du Soudan, de Suède et du Royaume-Uni ont entrepris une collecte de données primaires et/ou secondaires avec les migrants¹ et les principales parties prenantes, en coordination avec la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) et le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), fournissant des preuves des impacts directs et indirects de la pandémie de COVID-19 et des mesures politiques connexes sur l'accès des migrants aux services de base, y compris les vaccins.²

Les impacts directs sont liés à des problèmes de santé individuelle et publique, tels que les risques de contraction et de propagation du virus COVID-19, notamment en raison des difficultés d'accès aux dépistages ou aux traitements. Les impacts indirects sont ceux qui vont au-delà des résultats de santé physique, tels que les vulnérabilités liées aux conséquences socio-économiques des mesures de prévention gouvernementales contre la transmission, y compris la perte de moyens d'existence et les impacts psychosociaux.

Ce rapport examine l'accès aux services de base dans divers contextes de migration, y compris pour les migrants sans-papiers ou irréguliers, les demandeurs d'asile et les réfugiés, les migrants autochtones, les migrants en transit, les migrants munis de visas temporaires ou de permis de séjour, les migrants de retour et ceux restés bloqués en raison de la pandémie. Ce faisant, il vise à identifier les impacts et vulnérabilités communs au cours des voyages des migrants et à illustrer les lacunes dans l'accès aux services de base et les conséquences humanitaires qui en découlent. Le rapport reconnaît que la COVID-19 a également affecté et exacerbé les

vulnérabilités des migrants en centre de détention,³ des migrants dans des camps et installations similaires,⁴ et des enfants migrants (en particulier ceux séparés ou non accompagnés) ;⁵ cependant, la recherche menée ne s'est pas directement concentrée sur ces groupes. L'impact possible des mesures politiques liées à la COVID-19 sur l'accès des migrants à la protection internationale et d'autres impacts de protection non liés à l'accès aux services de base sont également exclus du cadre de la présente recherche.



Crédit : David Shepherd.

Une bénévole de la Croix-Rouge britannique, Anisa, prépare des colis alimentaires au Hackney Destitution Centre de Londres. Le Centre fournit des colis alimentaires, des articles de toilette, ainsi qu'un soutien pratique aux réfugiés vulnérables et aux demandeurs d'asile. Le personnel et les bénévoles maintiennent le centre ouvert à une capacité réduite pour continuer à aider les personnes dans le besoin pendant la pandémie de COVID-19.

Les résultats de la recherche s'appuient sur ceux du rapport de la FICR — *Les moins protégés, les plus touchés : les migrants et les réfugiés confrontés à des risques extraordinaires pendant la pandémie de COVID-19*⁶ — en explorant davantage l'impact des mesures politiques liées à la COVID-19 sur l'accès aux services de base par le biais de conversations directes et d'engagement avec les migrants et les communautés locales. Leur expérience, leur expertise et leurs connaissances sont au cœur des constatations et des conclusions présentées et de la formulation des interventions politiques et opérationnelles aujourd'hui et dans les futures crises sanitaires mondiales.

La collecte et l'analyse des données ont eu lieu entre juillet et décembre 2020, chaque Société nationale utilisant des méthodes et des outils spécifiques en fonction du contexte local et du statut des restrictions relatives à la COVID-19. Certains sondages, entretiens ou Groupes de Discussion Dirigés ont été menés en personne ; d'autres se sont déroulés en ligne ou par téléphone. Au total, plus de 3250 migrants ont été sondés ou interrogés, en plus de discussions avec plus de 150 parties prenantes représentant des dirigeants communautaires, des autorités locales, des représentants du gouvernement, des organisations humanitaires et de développement locales, nationales et internationales, ainsi que le personnel et les volontaires du CRCR.⁷ Le tableau ci-dessous présente un aperçu des échantillons de recherche nationaux, avec des informations plus détaillées quant à la méthodologie et les données démographiques spécifiques disponibles à l'annexe 1.

Tableau 1 : Aperçu des échantillons de recherche de la Société nationale relative à la COVID-19

Pays	Migrants ciblés	Cible géographique	Nombre/type de consultations
Australie	Migrants bénéficiant de visas temporaires et migrants sans-papiers	À l'échelle nationale	<ul style="list-style-type: none"> - 1925 migrants sondés en ligne - 24 migrants interrogés - 22 entretiens avec des informateurs clés du secteur - 6 Groupes de Discussion Dirigés
Colombie	Communautés autochtones de migrants et sans-papiers, y compris les migrants saisonniers, le long de la frontière avec le Venezuela	Départements de Guajira et Vichada	<ul style="list-style-type: none"> - 203 migrants interrogés - 2 Groupes de Discussion Dirigés
Égypte	Migrants d'origine africaine et réfugiés syriens	Grand Caire	<ul style="list-style-type: none"> - 10 Groupes de Discussion Dirigés (avec 60 migrants, y compris des réfugiés) - 5 entretiens avec des informateurs clés
Éthiopie	Migrants éthiopiens revenant principalement du Soudan et du Moyen-Orient	Zone Arsi à Shirk Woreda; Zone nord de Gonder à Debarq Woreda; et Addis-Abeba	<ul style="list-style-type: none"> - 93 migrants interrogés - 13 entretiens avec des informateurs clés
Philippines	Individus bloqués localement ⁸ et migrants de retour de Sabah, Malaisie	Visayas (Ilo-Ilo and Bacolod); Mindanao (Cagayan De Oro and Zambonga)	<ul style="list-style-type: none"> - 405 migrants interrogés - 24 entretiens avec des informateurs clés - 5 Groupes de Discussion Dirigés
Soudan	Undocumented migrants (including those in transit) and returned migrants	État du Nord	<ul style="list-style-type: none"> - 385 migrants interrogés - 5 Groupes De Discussion Dirigés
Suède	Demandeurs d'asile, migrants sans-papiers et migrants munis de permis temporaires	À l'échelle nationale	<ul style="list-style-type: none"> - 23 migrants interrogés - 11 entretiens avec la Croix-Rouge suédoise - 6 Groupes de Discussion Dirigés
Région du Sahel	Migrants dans les pays de transit	Niger, Burkina Faso, Guinée, Mali	Aperçu du programme AMiRA ⁹ , de la recherche du FICR-HCR ¹⁰ de la recherche du FICR ¹¹ , dont 59 entretiens avec des informateurs clés et, en Guinée et au Niger, 23 Groupe de Discussions Dirigés avec des migrants, 16 entretiens avec le personnel et les partenaires de la Croix-Rouge et 20 entretiens avec les autorités locales et les dirigeants communautaires.
Royaume-Uni	Demandeurs d'asile et réfugiés de	À l'échelle nationale	Rapports directs des opérations, expériences de première main partagées par le réseau VOICES ¹² en 2020 et analyse politique en cours par la Croix-Rouge britannique.



Contexte mondial : Migration et COVID-19

En 2020, le nombre de personnes vivant hors de leur pays d'origine était estimé à 281 millions, en grande partie en raison des migrations de travail ou familiales, mais aussi en raison de crises humanitaires. Le nombre de personnes déplacées de force à travers les frontières nationales dans le monde s'élevait à 34 millions, soit le double par rapport à l'année 2000.¹³

Les migrants, y compris les réfugiés, ont constitué un élément clé dans la lutte contre la pandémie de COVID-19, jouant souvent un rôle important dans les secteurs d'intervention essentiels.¹⁴ Ils représentent une part significative des travailleurs clés dans les domaines de la santé, de la recherche scientifique, de l'économie officielle et parallèle des soins, des chaînes d'approvisionnement alimentaire, du transport et de la production d'équipements de protection individuelle (ÉPI) et sont également surreprésentés dans les secteurs les plus touchés par la pandémie, notamment l'alimentation, l'hôtellerie, l'hébergement, la vente au détail, l'administration et l'industrie manufacturière.¹⁵

La COVID-19 a également bouleversé l'économie mondiale et affecté les transferts de fonds, d'une manière sans doute pire que la crise financière de 2008.¹⁶ L'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE) a prédit une baisse

de 4,5 % du produit intérieur brut (PIB) mondial.¹⁷

Alors que les migrants ne représentent que 3,5 % de la population mondiale,¹⁸ ils contribuent à environ 9 % du PIB mondial.¹⁹ L'Organisation internationale du travail estime que près de la moitié de l'ensemble des travailleurs à travers le monde risque de perdre leurs moyens d'existence en raison de la pandémie²⁰ et près des deux tiers des migrants sont des travailleurs migrants.²¹ La Banque mondiale a prédit une baisse de 14 % des transferts de fonds dans le monde en 2020²² et estime que la COVID-19 pourrait faire basculer près de 88 à 115 millions de personnes dans l'extrême pauvreté.²³

Les migrants ne sont pas à l'abri de la pandémie et de ses effets; en effet, ils ont été affectés de manière disproportionnée. Les données limitées disponibles sur les cas de COVID-19 par pays d'origine indiquent généralement une surreprésentation significative des migrants.²⁴ Depuis la publication du rapport susmentionné de la FICR *Les moins protégés, les plus touchés*, il est clair que les risques et les vulnérabilités accrus auxquels sont confrontés les migrants pendant la pandémie persistent. Au fur et à mesure de la progression des plans de vaccination contre la COVID-19, il existe un risque réel que les migrants soient laissés pour compte.



Les volontaires de la Croix-Rouge philippine veillent à ce que des stations d'eau et d'assainissement soient disponibles pour les migrants de retour.

Principales lois et politiques liées à la COVID-19

La COVID-19 a généré une incertitude considérable pour les gouvernements et les citoyens — nécessitant une intervention dynamique et flexible face à des circonstances complexes et en évolution rapide. Avant mars 2020, les « confinements » et « la distanciation physique ou sociale » étaient rares, mais ces pratiques sont aujourd'hui normales. Entre mars et octobre 2020, le nombre total de restrictions de mouvement dans le monde est passé à plus de 96000.²⁵ À un certain moment, 168 pays ont fermé totalement ou partiellement leurs frontières, dont 90 ne faisant aucune exception pour les demandeurs d'asile.²⁶

Les politiques gouvernementales, parallèlement au virus lui-même, ont eu des impacts substantiels sur la santé, le bien-être et les moyens d'existence de l'ensemble des individus, y compris les migrants, pour lesquels l'impact s'est révélé disproportionné. Les mesures politiques ont évolué alors que les gouvernements ont été confrontés à d'énormes défis afin de réagir rapidement au virus.

En analysant la mesure avec laquelle les migrants ont été inclus et/ou impactés par ces politiques, la recherche vise à éclairer les futures interventions face aux urgences de santé publique afin de mieux garantir la sécurité et la dignité de chacun.

Les mesures communes visant à contrôler la propagation du virus dans les pays d'étude comprenaient : la limitation des mouvements et des contacts entre les personnes ; la promulgation de règlements de distanciation sociale ou physique ; la fermeture des espaces publics, des écoles et des entreprises non essentielles et la restriction des voyages internationaux et interétatiques. Dans certains pays, des mesures de quarantaine obligatoires de 14 jours ont été adoptées pour toute personne entrant sur le territoire. Les confinements ont entraîné des risques pour les migrants de se retrouver sans-papiers ou en situation irrégulière, par exemple en raison de l'incapacité de renouveler les visas, de se conformer aux conditions de visa ou de quitter le pays. Des pays comme l'Australie, l'Égypte et le Royaume-Uni ont adopté des mesures permettant d'éviter ces situations, notamment une flexibilité des conditions de visa ou la prolongation des délais de renouvellement.

Les mesures visant à lutter contre la propagation de la COVID-19 doivent être légales, nécessaires et proportionnées à l'objectif de protection de la santé publique, tout en étant non discriminatoires. La mesure dans laquelle les migrants ont pu se conformer et/ou bénéficier de ces mesures et ont eu accès à un soutien spécifique à la COVID-19 a varié d'un pays à l'autre, à l'exception du dépistage du virus COVID-19. Presque

tous les pays ont introduit des politiques de dépistage gratuit pour toute personne présentant des symptômes, à l'exception du Soudan et de l'Éthiopie, où, en raison des ressources, les politiques de dépistage se sont concentrées sur des groupes de personnes à caractéristiques similaires présentant des symptômes (agents de santé de première ligne, personnes revenant de l'étranger, contact avec un cas connu).²⁷

Coup de projecteur mondial sur les vaccins : Une opportunité pour s'améliorer

Au moment de la finalisation de ce rapport début février 2021, la mesure dans laquelle les migrants, quel que soit leur statut juridique, seront inclus dans les politiques de vaccination contre la COVID-19 demeure incertaine, les plans continuant d'évoluer dans les pays. Bien que certains États se soient engagés à garantir le libre accès de toutes les personnes à l'intérieur de leurs frontières, il semble également qu'en plus des obstacles systémiques persistants à l'accès aux services de base et de la vulnérabilité accrue aux impacts de la COVID-19, l'ensemble des migrants, quel que soit leur statut juridique, pourraient ne pas être inclus dans les politiques de vaccination et les stratégies de déploiement, présentant à la fois des problèmes de santé individuels et publics.

Certains États ont indiqué que certains groupes de migrants ne seraient pas inclus. En République dominicaine, par exemple, le gouvernement a déclaré que toute personne dépourvue de titre de séjour ne serait pas vaccinée.²⁸ La situation est similaire au Costa Rica, où le gouvernement a noté que les réfugiés et les demandeurs d'asile (disposant

d'une demande de statut de réfugié active) seront inclus, à l'exception des migrants en situation irrégulière.²⁹ En Pologne, seuls les étrangers munis d'un droit de séjour auront accès au vaccin aux mêmes conditions que les citoyens.³⁰



D'autres États n'ont pas explicitement exclu les migrants, mais n'ont pas apporté davantage de précisions quant aux individus inclus. En Turquie, aucune déclaration officielle n'a précisé si les réfugiés, enregistrés ou non, seront vaccinés.³¹ En Afrique du Sud, la couverture des migrants sans-papiers n'est pas clarifiée.³² En Australie, il a été annoncé pour la première fois que le vaccin serait gratuit pour certains titulaires de visa³³; cependant, le gouvernement a depuis confirmé que tous les titulaires de visa vivant en Australie seraient éligibles.³⁴ L'accès des migrants sans-papiers n'est pas défini. En Suède, selon le gouvernement et l'autorité de santé publique, toutes les personnes de plus de 18 ans y auront accès au cours des six premiers mois de 2021,³⁵ mais le degré d'inclusion des demandeurs d'asile et des sans-papiers est incertain en raison des obstacles existants à l'accès.

En Égypte, les citoyens doivent s'inscrire en ligne afin d'accéder au vaccin³⁶, mais un plan spécifique pour les migrants n'a pas encore été partagé. À Singapour³⁷ et à Bahreïn³⁸, les travailleurs migrants auront un accès gratuit au vaccin, mais la couverture de l'ensemble des migrants n'est pas clairement définie. Parmi les 133 pays sur lesquels le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) a des informations, 81 ont finalisé leurs stratégies de vaccination et seuls 54 incluent des dispositions explicites concernant la couverture des populations préoccupantes telles que les demandeurs d'asile et les réfugiés; cependant, certains pays n'énumèrent pas de catégories spécifiques de personnes, ce qui ne permet pas de déterminer si les réfugiés sont inclus par défaut³⁹.

Cependant, des pratiques prometteuses continuent d'émerger. La Colombie a initialement indiqué que les migrants sans-papiers ne seraient pas inclus⁴⁰; pourtant, un plan visant à régulariser les réfugiés et migrants vénézuéliens entrés dans le pays avant le 31 janvier 2021 permet d'accorder un statut de protection temporaire, facilitant l'accès aux vaccins.⁴¹ Aux Pays-Bas, les migrants sans-papiers et les personnes en possession d'une demande d'asile dans le pays supérieure à un mois sont éligibles.⁴² En Jordanie, tous les migrants, quel que soit leur statut, sont éligibles.⁴³ Au Liban, le gouvernement a annoncé l'éligibilité de tout le monde, indépendamment de la nationalité.⁴⁴ Au Canada, le vaccin est fourni indépendamment de la citoyenneté, certaines provinces l'offrant à tout individu, quel que soit son statut d'immigration.⁴⁵ Au Soudan, le gouvernement a indiqué que les demandeurs d'asile et les personnes déplacées courent un risque élevé et auront accès au vaccin.⁴⁶ Les Philippines ont appelé à une plus grande coopération pour la protection des migrants.⁴⁷ La Malaisie a



Crédit : Société philippine de la Croix-Rouge

annoncé l'extension de son programme de vaccination gratuite contre la COVID-19 à tous les étrangers résidant dans le pays, y compris les réfugiés et les migrants sans-papiers.⁴⁸

Néanmoins, les obstacles historiques à l'accès aux services de base pour les migrants, exacerbés par la pandémie et mis en évidence dans le présent rapport, sont susceptibles d'affecter l'accès aux vaccinations contre la COVID-19, malgré l'existence légale de l'éligibilité. Par exemple, en Grèce, plus de 50 000 personnes n'ont pas accès au système de santé publique, y compris les demandeurs d'asile ayant vu leur requête rejetée, ne disposant pas d'un numéro de sécurité sociale qui leur permettrait d'accéder au vaccin.⁴⁹ La vaccination est gratuite pour toute personne vivant au Royaume-Uni sans autorisation et aucun contrôle d'immigration n'est nécessaire pour les visiteurs étrangers lors de la vaccination,⁵⁰ cependant les obstacles existants à

l'accès aux soins de santé n'ont à ce jour pas été résolus, tels que les problèmes d'enregistrement auprès d'un médecin et les craintes dues au partage de données entre les services de santé et les autorités. Et, bien que les États-Unis aient annoncé l'inclusion directe des migrants quel que soit leur statut d'immigration dans leur déploiement de vaccins,⁵¹ des rapports de migrants sans-papiers non vaccinés en raison de crainte d'expulsion ou d'être signalés aux autorités d'immigration font leur apparition.⁵² Cela concorde avec les résultats concernant l'accès à un éventail plus large de services pendant la pandémie de COVID-19.

Il convient de redoubler d'efforts afin de s'assurer de l'inclusion des migrants en situation de vulnérabilité dans les plans de vaccination et de concevoir des stratégies qui complètent les politiques inclusives par des mesures visant à éliminer les obstacles persistants aux services de base (formels et informels), en particulier pour les migrants sans-papiers. Si les obstacles existants ne sont pas éliminés, le fossé entre la politique et la pratique persistera, avec des conséquences néfastes pour les migrants et les communautés dans lesquelles ils vivent et travaillent. Les plans de vaccination contre la COVID-19 offrent aux États la possibilité de s'améliorer et de garantir que l'accès aux vaccins soit abordable, non discriminatoire et accessible à tous, quel que soit leur statut. Il y a de l'intérêt de tous.

Mesures politiques spécifiques au pays

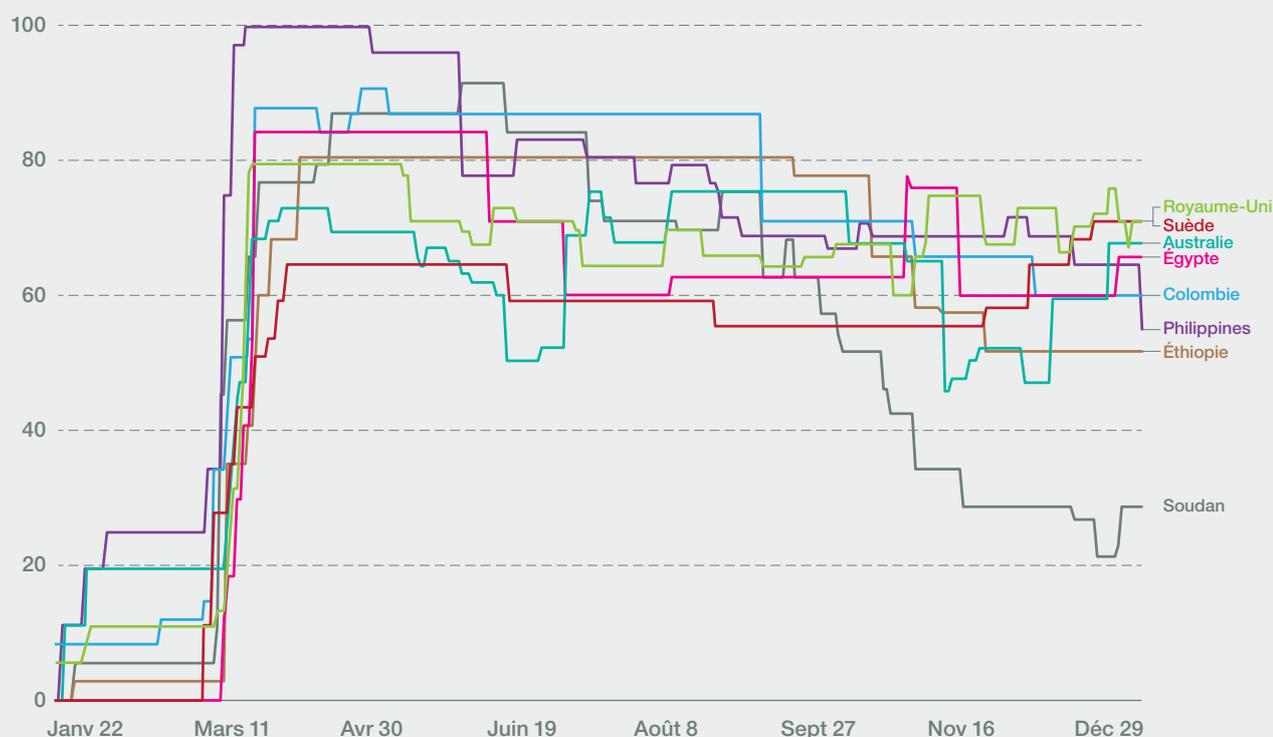
La figure 1 décrit le niveau de gravité des mesures politiques dans les pays étudiés de janvier à décembre 2020, fournissant un contexte aux résultats de la recherche et aux réponses des migrants et des parties prenantes sondés ou interrogés. La figure n'évalue pas la pertinence de ces politiques.

Un aperçu de certaines mesures politiques propres à chaque pays et de la mesure dans laquelle les groupes de migrants étudiés ont été inclus est résumé ci-dessous, avec une ventilation plus détaillée à l'annexe 2.

Figure 1: Sévérité des mesures d'intervention des pays⁵³

COVID-19: Indice de rigueur des interventions du gouvernement

Il s'agit d'une mesure composite basée sur neuf indicateurs de réponse, y compris les fermetures d'écoles, les fermetures de lieux de travail et les interdictions de voyager, rééchelonnées à une valeur de 0 à 100 (100 étant le plus strict). Si les politiques varient au niveau infranational, l'indice est indiqué comme le niveau de réponse de la sous-région la plus stricte.



Source : Hale, Webster, Petherick, Phillips, et Kira (2020). Mécanisme d'Oxford pour le suivi de l'intervention gouvernementale face à la COVID-19 - Dernière mise à jour le 13 janvier, 12:01 (heure de Londres). Observations : Mécanisme d'Oxford pour le suivi de l'intervention gouvernementale face à la COVID-19 - Dernière mise à jour le 13 janvier, 12:01 (heure de Londres) OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY



AUSTRALIA

Lors de la confirmation du premier cas de COVID-19 en janvier 2020, les gouvernements nationaux et locaux ont adopté des mesures de plus en plus strictes, allant notamment en mars 2020, jusqu'à l'interdiction des voyages internationaux et interétatiques, l'imposition de confinements, l'adoption de réglementations de distanciation physique, la fermeture temporaire des entreprises non essentielles, la quarantaine hôtelière obligatoire pour les arrivées internationales et interétatiques, l'imposition éventuelle de masques faciaux à certains endroits et la fourniture de tests de dépistages et de traitements gratuits. Les résidents permanents et les citoyens australiens confrontés à des difficultés financières avaient accès à une aide au revenu du gouvernement national spécifique à la COVID-19, mais la majorité des personnes titulaires de visas temporaires et tous les migrants sans-papiers n'étaient pas éligibles et nombre d'entre eux étaient également incapables d'accéder au système de santé publique. Les gouvernements fédéraux et des États ont fourni des paiements de crise ou d'urgence limités aux migrants répondant à des critères de difficultés spécifiques.

COLOMBIE

La Colombie a signalé son premier cas de COVID-19 en mars 2020 et a ensuite déclaré l'état d'urgence jusqu'en septembre 2020, annonçant des mesures de quarantaine et de confinement, fermant ses frontières et limitant les rassemblements publics.⁵⁴ Une décision de la Cour suprême de 2018 exige que tous les migrants, quel que soit leur statut ou leur situation, aient accès aux services de santé en cas d'urgence ; cependant, il existe des lacunes dans l'accès et des délais d'attente importants, en raison de la saturation des services de santé, de la demande croissante, ainsi que des obstacles particuliers auxquels sont confrontés les migrants sans-papiers autochtones, décrits dans le présent rapport. Le dépistage et le traitement contre la COVID-19 sont disponibles pour toute personne présentant des symptômes.

ÉGYPTE

Le premier cas a été signalé en Égypte en février 2020 et l'état d'urgence a été déclaré, y compris un couvre-feu partiel, la fermeture des lieux de culte et des transports en commun, la limitation des voyages internationaux et l'encouragement du télétravail.⁵⁵ Les migrants et les réfugiés enregistrés ont accès aux services de santé publique pour les soins de santé primaires et secondaires, y compris le dépistage de la COVID-19. Le gouvernement a délivré la prolongation

exceptionnelle des visas et des permis de séjour expirés. Un fonds gouvernemental destiné à soutenir les Égyptiens ayant perdu leur emploi a été créé, toutefois il n'inclut pas les migrants.

ÉTHIOPIE

En mars 2020, avec le premier cas confirmé, les autorités éthiopiennes ont fermé les frontières terrestres, les écoles et les lieux de divertissement et ont annoncé des mesures de distanciation sociale. Une quarantaine obligatoire de 14 jours dans les hôtels désignés a été décrétée pour toutes les personnes entrant dans le pays et l'état d'urgence a été déclaré, y compris la restriction des voyages internationaux, l'interdiction des transports publics entre les États, ainsi que les rassemblements publics. Les licenciements par les employeurs privés ont été interdits.⁵⁶ Le pays a été touché par un grand nombre de migrants de retour en raison de la COVID-19, en particulier du Moyen-Orient, et s'emploie à renforcer le soutien à la réintégration.⁵⁷

PHILIPPINES

Les Philippines ont signalé leurs premiers cas fin janvier 2020 et ont fermé toutes les entreprises non essentielles et les transports en commun de mars à juillet 2020. Des restrictions de voyage internationales et nationales ont été mises en place et les écoles ont fermé.⁵⁸ Compte tenu du grand nombre de personnes bloquées dans le pays en raison des restrictions de mouvement et de la disponibilité des vols et des transports, le gouvernement a créé un groupe de travail national pour soutenir les « personnes bloquées localement », désignant les départements gouvernementaux fournissant un soutien de base comme la nourriture, les soins de santé, les abris temporaires et le transport.

SUÈDE

À la suite du premier cas fin janvier 2020, la Suède a mis en œuvre des restrictions de voyage, des mesures de distanciation sociale et de nombreuses écoles secondaires et universités se sont tournées vers l'enseignement à distance.⁵⁹ La Suède a opté pour une stratégie reposant principalement sur des mesures volontaires de santé publique. Les demandeurs d'asile et les migrants sans-papiers ont droit à des soins de santé qui ne peuvent être différés ou reportés en vertu de la loi suédoise sur les maladies transmissibles, qui couvre le dépistage et le traitement de la COVID-19.



Crax Rouge colombienne (July 2020)

La Croix Rouge colombienne mène des actions de promotion de la santé liées à la COVID19, ce qui inclut la distribution de kits sanitaires aux migrants de la région frontalière de la La Guajira en Colombie

SOUDAN

Après le premier cas en mars 2020, le gouvernement soudanais a mis en œuvre un confinement partiel, une surveillance des contacts, la fermeture des écoles et des frontières, des mesures de distanciation sociale, de quarantaine et d'isolement pour une période de six mois.⁶⁰ Lorsque la deuxième vague a frappé en novembre 2020⁶¹, le gouvernement a réduit ses effectifs et a encouragé les gens à prendre des précautions.⁶² Dans l'État du Nord, où la recherche a eu lieu, le gouvernement a créé trois abris de quarantaine pour les migrants de retour et leur a fourni un accès aux services de base, tels que la nourriture, le soutien psychosocial et les soins de santé, en coopération avec d'autres parties prenantes, pour une période de 14 jours.

RÉGION DU SAHEL

À la fin du mois de septembre 2020, l'Afrique occidentale ne représentait que 0,3 % du nombre de décès confirmés par la COVID-19 dans le monde.⁶³ De nombreux gouvernements ouest-africains ont déclaré des états d'urgence ou des urgences de santé publique et établi des mesures préventives strictes. Les gouvernements du Burkina Faso, de la Guinée, du Mali et du Niger ont mis en œuvre une gamme similaire de restrictions. Les frontières terrestres et aériennes ont été fermées et des couvre-feux imposés. Les mouvements ont été limités, le transport entre les villes interrompu au

Burkina Faso et les rassemblements de personnes limités. Les espaces publics ont été fermés dans les quatre pays, y compris les lieux de culte, les établissements d'enseignement et les secteurs du divertissement et de l'hôtellerie. Dans de nombreux pays comme la Guinée et le Niger, les masques étaient obligatoires dans les espaces publics.

ROYAUME-UNI

En mars 2020, à la suite des premiers cas de COVID-19 fin janvier, le gouvernement britannique a mis en œuvre des restrictions de voyage, des mesures de distanciation sociale, des fermetures de divertissements, d'hôtels, de magasins non essentiels et de locaux intérieurs, ainsi qu'une augmentation des tests de dépistage, avec une réouverture progressive en septembre 2020. La deuxième vague a conduit à un nouveau confinement à l'échelle du pays en novembre.⁶⁴ Les mesures socio-économiques comprenaient l'interdiction des expulsions de logements privés, des abris temporaires pour les sans-abris, y compris dans certains cas les migrants, ainsi qu'une augmentation hebdomadaire des prestations sociales pour les résidents du Royaume-Uni et pour les personnes en quête d'asile ayant accès au programme d'appui à l'asile Asylum Support; cependant, l'augmentation était de plus de 90 % inférieure pour les demandeurs d'asile



Obstacles à l'accès aux services de base pendant la pandémie

La COVID-19 et les politiques connexes visant à contrôler la pandémie ont exacerbé les obstacles existants à l'accès aux services de base pour les migrants et généré de nouveaux défis. Les obstacles les plus importants identifiés dans la recherche comprennent l'inéligibilité ou l'exclusion basée sur le statut juridique; les informations inaccessibles — y compris concernant les modalités d'accès aux services et de prévention de la COVID-19; les barrières financières; les services insuffisants ou indisponibles; l'application ou interprétation incohérente des lois et politiques pertinentes; la peur, les préoccupations de santé et de sécurité; le manque de documentation pertinente; et l'exclusion numérique.

Exclusion basée sur le statut juridique

La recherche a révélé que bien qu'étant souvent touchés de manière disproportionnée par les mesures de lutte contre la pandémie, les migrants ont été initialement exclus des mesures politiques destinées à atténuer les impacts socio-économiques et se sont vus privés d'un accès équitable aux services de base en fonction de leur statut juridique.

« Nous ne sommes pas des citoyens australiens... de ce fait, nous n'avons que peu de recours, nos possibilités d'obtenir une aide sont limitées, ce qui n'a fait qu'empirer les choses pour mes enfants et moi à ce moment... » - Migrant en possession d'un visa temporaire en Australie

En Australie, les migrants munis de visas temporaires n'étaient pas, pour la plupart, éligibles au soutien du revenu du gouvernement national lié à la COVID-19; cependant, des aides de secours d'urgence limitées, y compris des paiements de secours d'urgence et une aide alimentaire, ont par la suite été fournies par les gouvernements nationaux et des États à la suite du plaidoyer des acteurs humanitaires. Au cours des entretiens, 67 % des migrants sans-papiers et 42 % des migrants titulaires d'un visa temporaire ont explicitement cité l'inéligibilité en raison du statut de visa comme principal obstacle à l'accès à l'assistance. Au total, 92 % des migrants bénéficiant de visas temporaires et 100 % des migrants sans-papiers interrogés ont rencontré un certain degré de difficulté dans l'accès aux services de base, notamment les soins médicaux, la nourriture, le logement ou une aide financière. Les personnes bénéficiant de visas temporaires et les migrants sans-papiers sont également largement inéligibles au logement public ou à l'hébergement d'urgence; 60 % des migrants

munis de visas temporaires interrogés ont déclaré rencontrer des difficultés dans l'accès à un logement en raison de la pandémie, tout comme 50 % des migrants sans-papiers.

En Suède, les lois pertinentes ne définissent pas clairement les attentes quant au type de logement ou d'abri à fournir en vertu de la loi sur les services sociaux. En outre, la jurisprudence de la Cour administrative suprême sur la responsabilité des municipalités relative à la fourniture d'une assistance sociale « aiguë » à toutes les personnes résidant dans la municipalité a été interprétée de différentes manières. En conséquence, l'admissibilité aux services sociaux et à l'aide au logement ou au logement pour les sans-papiers demeure floue, entraînant dans certains cas le refus du soutien aux migrants. Cette situation a été exacerbée pendant la pandémie de COVID-19.

Les migrants sans-papiers exclus de l'aide au logement en Suède

Au début de l'épidémie de COVID-19, un service social d'une municipalité bien peuplée de Suède a initialement annoncé qu'aucun sans-abri ne manquerait d'un toit au-dessus de sa tête, et que personne ne se verrait refuser une place dans un refuge, quels que soient les symptômes.

Lorsqu'elle a évoqué la nécessité d'orienter les migrants vers des refuges, la municipalité a suggéré que les sans-papiers soient dirigés vers un refuge spécial, géré par une organisation bénévole sur la base d'un accord avec la municipalité. Cependant, les sans-papiers n'étaient pas éligibles à l'aide, l'accord avec la municipalité ne comprenant que les citoyens de l'UE. Le service social a confirmé par la suite qu'aucun abri n'était accessible aux sans-papiers et qu'avant la pandémie, la municipalité avait adopté des directives en vue de ne pas fournir d'aide d'urgence aux sans-papiers et que cette politique serait maintenue malgré la pandémie en cours. Cette décision politique exacerbe les défis auxquels les sans-papiers sont déjà confrontés pour se conformer aux recommandations de santé publique et augmente le risque d'infection et de transmission.



Crédit : Croix-Rouge suédoise

La Croix-Rouge suédoise fournit des informations clés sur la COVID-19 aux migrants, notamment la manière de prévenir la transmission et les lieux d'accès à l'aide.

Au Royaume-Uni, de nombreuses mesures de protection sociale relatives à la COVID-19 excluaient les migrants « sans recours aux fonds publics »,⁶⁵ y compris les demandeurs d'asile déboutés et les migrants sans-papiers.

Les demandeurs d'asile ne sont pas non plus autorisés à travailler et n'ont pas accès aux prestations sociales et aux logements ordinaires. Le gouvernement fournit un hébergement et un soutien aux personnes en quête d'asile confrontées à la misère; cependant, les personnes bénéficiant de ce soutien luttent pour répondre aux besoins vitaux essentiels avant la pandémie, et ont été confrontées ces derniers mois à des choix impossibles, entre l'achat de nourriture et l'accès au crédit téléphonique afin de maintenir le contact avec les familles et les prestataires de services.

En Égypte, les mesures de soutien à l'emploi relatives à la COVID-19 n'incluaient pas les travailleurs migrants. En outre, les migrants et les réfugiés enregistrés ont accès aux soins primaires au même niveau que les ressortissants égyptiens, mais l'éligibilité à l'accès aux soins de santé secondaires et tertiaires varie.

En Colombie, 88 % des migrants interrogés ont déclaré que leur statut migratoire n'était pas un obstacle majeur au soutien pendant la pandémie. Aux Philippines et en Éthiopie, l'incapacité d'accès aux services de base en raison du statut juridique n'a pas été largement signalée; cependant, la majorité des migrants interrogés dans ces localités comprenaient des ressortissants du pays (c'est-à-dire les migrants de retour et ceux bloqués à l'intérieur).

Informations inaccessibles

L'absence d'informations précises et actualisées concernant les services de prévention, de dépistage, de traitement et de soutien en cas de pandémie de COVID-19 représentait un obstacle majeur pour les migrants. Le manque d'informations disponibles dans les langues parlées par les migrants et les lacunes dans la diffusion des messages par le biais des canaux et des formats utilisés par les migrants ont empêché l'accès et affecté la capacité de rester en sécurité et en bonne santé.

Aux Philippines, 21 % des personnes interrogées qui ont été bloquées ont indiqué que le manque d'informations relatives aux services de soutien disponibles et aux modalités d'accès aux services constituait un obstacle; des barrières linguistiques

ont également été notées, en particulier parmi les migrants de retour de Malaisie. En Éthiopie, les migrants de retour ont souligné l'accès limité aux informations concernant le virus et les modalités d'accès aux services de base et au soutien pendant la pandémie, en addition à l'inaccessibilité des informations (en personne ou en ligne) pour les personnes peu alphabétisées. En Égypte, les messages COVID-19 du gouvernement n'étaient fournis qu'en arabe; cependant, le Croissant-Rouge égyptien a soutenu la traduction dans les langues des communautés de migrants dans l'objectif d'accroître et d'assurer la sensibilisation. En Suède, le manque d'informations disponibles dans les langues parlées par les migrants et les retards de diffusion ont entravé l'accès au soutien, y compris au dépistage et au traitement. Les lacunes en matière d'information concernant les soins de santé pour les sans-papiers avant la pandémie de COVID-19 ont été exacerbées au début de la pandémie.⁶⁶ Au Royaume-Uni, de nombreuses informations ont été fournies à travers les canaux numériques, ce qui a conduit à l'exclusion des migrants dépourvus d'accès à Internet, et des obstacles ont été présentés en raison du manque de conseils et d'informations multilingues en matière de santé publique. En Australie, les parties prenantes ont souligné une certaine confusion parmi les migrants quant à déterminer qui était éligible à quel soutien en raison de la complexité du système de visa et des informations contradictoires des gouvernements nationaux et locaux; cependant, seuls 7 % des migrants interrogés en ligne ont déclaré ne pas avoir accès aux informations dans leur langue.

« Je n'ai pas pu obtenir l'aide financière parce que je n'étais pas au courant de sa disponibilité, je l'ai appris plus tard par un ami qui l'avait reçue. » - Migrant de retour aux Philippines

« Au début, les informations n'étaient pas disponibles dans toutes les langues, et nous avons constaté que nombre d'entre eux venaient nous voir pour obtenir des informations, ces dernières n'avaient pas atteint toutes les personnes de la société. » - Infirmière, Clinique de référence de la Croix-Rouge suédoise pour les migrants sans-papiers.

« Les gens sont très confus... ils n'obtiennent pas les bonnes informations, et la plupart d'entre eux ne lisent pas l'anglais. Ils ignorent quoi faire et où aller pour obtenir des informations... il existe également des préoccupations concernant l'accès aux soins de santé. Que faire de la collecte des ordonnances, d'autres problèmes de santé... des rendez-vous [chez le médecin]? » - Réfugié au Royaume-Uni



En revanche, 80 % des migrants interrogés en Colombie, y compris les migrants saisonniers et les communautés de migrants autochtones, ont déclaré que les informations fournies par les acteurs et institutions humanitaires sur la manière d'accéder à l'assistance et au soutien pendant la pandémie étaient utiles et contribuaient à répondre aux besoins de base. Cependant, il a été fréquemment signalé que les messages de prévention et de soutien ne tenaient pas compte des pratiques et des canaux sociaux et culturels utilisés par les migrants autochtones, ce qui limitait la sensibilisation. Il est important de noter que la langue du gouvernement est également la langue de la majorité des migrants dans le pays, ce qui facilite l'accessibilité aux informations.

Obstacles financiers

Sans surprise, les coûts associés à l'accès aux services de base, en particulier les soins de santé, le logement et l'alimentation, ont été identifiés comme un obstacle majeur dans presque tous les pays — exacerbé par les impacts négatifs des politiques de contrôle du virus sur l'emploi et les moyens de subsistance des migrants et aggravé par l'exclusion des migrants des mesures de soutien du revenu dans la plupart des contextes.

« Le principal facteur permettant d'obtenir des services est l'argent et vous obtenez de l'argent grâce au travail qui a été affecté par le confinement » - Migrant en Égypte

« Quelle assistance médicale ? Dans ce village, vous devez tout acheter. Nous ne pouvons pas acheter de produits pharmaceutiques prescrits par le centre de santé. Tout est cher. » - migrant au Niger

« Les clients... se désengagent [de] l'accès à l'assistance (par exemple, les consultations téléphoniques par téléphone)... ils ne peuvent pas se permettre de se nourrir, ne peuvent pas pourvoir à leurs besoins de base et ne peuvent pas obtenir de soutien de base et [nous disent] "Vous voulez que j'aie des données sur mon téléphone pour vous appeler ou envoyer des documents ou faire une consultation vidéo ?" C'était un obstacle. » - Fournisseur de services en Australie

En Égypte, bien que les migrants enregistrés, les réfugiés et les demandeurs d'asile aient accès aux services de santé publics, des défis demeurent en termes de soins de santé secondaires et tertiaires coûteux. Les migrants interrogés ont confirmé que les établissements de santé privés étaient inabordable et que les établissements publics étaient trop éloignés de leur lieu de résidence. Au Sahel, l'accès des migrants aux soins de santé était déjà limité avant le début de la pandémie de COVID-19 en raison des coûts.⁶⁷ Au Soudan, 76,9 % des migrants interrogés ont signalé un manque de fonds pour obtenir des services de santé et de santé mentale. En Suède, les ressources financières limitées ont également été citées comme un obstacle.

Au Royaume-Uni, les soins de santé primaires sont gratuits ; cependant, concernant les services de soins secondaires, le système de santé est basé sur la résidence, ce qui implique des frais éventuels imposés aux migrants au statut juridique précaire, y compris pour accéder aux soins hospitaliers tels que les services de maternité. En Australie, l'obstacle majeur à l'accès aux services de base pendant la pandémie était le manque de soutien financier durable, rapporté par 74 % des migrants interrogés.

En Australie et au Royaume-Uni, des recherches ont spécifiquement indiqué que le manque de fonds empêchait l'accès des migrants aux services de communication, en raison de l'incapacité de recharger ou de maintenir le crédit ou les données de téléphonie mobile. Cela a contribué à l'incapacité de communiquer avec la famille, les amis et les fournisseurs de services, ainsi que de recevoir des informations à jour sur le virus et les restrictions en place par les gouvernements.

Aux Philippines, seules 4 % des personnes interrogées ont indiqué que les coûts des services, comme le prélèvement sur écouvillon, constituaient un obstacle ; cependant, il convient de noter que la majorité des personnes interrogées (99 %) étaient bloquées dans leur propre pays à leur retour ou se rendaient à

l'étranger pour des raisons professionnelles et bénéficiant d'un meilleur accès et d'une plus grande inclusion dans les mesures de soutien en cas de pandémie.

Services insuffisants ou indisponibles

En raison de la pandémie, il était nécessaire d'étendre rapidement les services de base, y compris pour les personnes qui auparavant ne nécessitaient probablement pas de soutien (comme celles capables de travailler avant la pandémie et ayant accès à des fonds, ou celles s'étant retrouvées bloquées dans des pays). La recherche a révélé que les services limités traditionnellement disponibles pour les migrants étaient désormais davantage restreints et soumis à une pression accrue en raison des mesures de contrôle de la COVID-19 et de l'augmentation de la demande.

«Après un long processus, l'aide [d'une organisation] a atteint 100 EGP [~ 6,4 USD] pour une période de 6 mois. Le déplacement vers le bureau [de l'organisation] pour recevoir l'aide m'a coûté 50 EGP.» - Réfugié en Égypte

«Beaucoup [d'entre nous] marchent de loin vers ici, mais les abris ne sont pas aisément accessibles. Il est nécessaire d'en créer pour les femmes, les enfants et les personnes âgées» - Migrant en Colombie

«Je crois que si nous pouvions assurer une forme de soutien économique à nos familles, la plupart d'entre nous bénéficieraient d'un soulagement immédiat et d'une liberté émotionnelle». – Migrant de retour en Éthiopie

En Égypte, la réduction du nombre d'agents gouvernementaux de 50 % et la fermeture des bureaux offrant des logements, des documents officiels et des services de voyage ont entravé l'accès à un soutien essentiel, empêchant les migrants, y compris les réfugiés, de recevoir ou de soumettre les documents nécessaires pour accéder aux services de base. Les hôpitaux ont également été touchés par le confinement et les services de santé se sont vus davantage limités. Les gens ont également évité les visites médicales non urgentes, entravant l'accès aux soins préventifs. Dans l'État du nord du Soudan, les services de santé de routine ont été affectés, ainsi que l'approvisionnement en médicaments, résultant en une grave pénurie de médicaments et de soins de santé essentiels et vitaux. La fermeture des dispensaires ruraux et des hôpitaux a imposé aux migrants de parcourir de longues distances pour se faire soigner. Dans la recherche, 76,9 % des migrants interrogés ont souligné la disponibilité limitée des services de santé et de santé mentale; 62,4 % ont indiqué n'avoir aucun accès aux tests de dépistage COVID-19; et un peu plus de 70 % n'avaient pas accès aux services de base tels que la nourriture ou le soutien psychosocial.



La Croix-Rouge colombienne fournit des soins médicaux critiques pendant la pandémie aux communautés de migrants autochtones vivant le long de la frontière avec le Venezuela.

Les communautés de migrants «binationaux» sont confrontées à de multiples risques pour la santé et la sécurité en Colombie

Le long de la frontière colombo-vénézuélienne vivent plusieurs communautés autochtones qui dépendent de migrations transfrontalières régulières et souvent circulaires pour la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance. Ces communautés ethniques «binationales» bénéficient d'autorisations de séjour prolongées dans les deux pays, connaissent traditionnellement la marginalisation sociale et ne disposent que d'un accès limité aux soins de santé, à l'emploi et à l'éducation. Vivant le long des zones frontalières, ils sont également exposés aux menaces des groupes armés. Nombre d'entre eux ne disposent pas de papiers. La COVID-19 a accru les inquiétudes concernant le manque d'accès aux soins de santé pour ces migrants, en particulier.

Dans les départements de La Guajira et de Vichada, qui partagent respectivement une frontière de 249 km et 529 km avec le Venezuela, la pandémie et l'état d'urgence en découlant ont intensifié une crise humanitaire chronique déjà en cours en raison des obstacles entravant l'accès des migrants autochtones aux services de base. Les restrictions aux frontières ont mis un terme à la gratuité des transports et ont interrompu de nombreux réseaux familiaux et de soutien, ainsi que moyens d'existence et l'aide humanitaire. Les restrictions de mouvement ont également conduit à des migrations plus risquées et irrégulières, aggravant les problèmes de sécurité et les craintes d'une transmission non contrôlée de la COVID-19. À La Guajira, les vulnérabilités ont été aggravées par les impacts liés au climat (notamment les ouragans, la sécheresse et les inondations). À Vichada, l'accès limité à l'eau potable — en raison des pluies intenses, des inondations et des maladies d'origine hydrique — et un surpeuplement intense ont eu des implications à la fois critiques sur la santé individuelle et publique dans le contexte de la pandémie de COVID-19.



En Colombie, en raison des restrictions pandémiques et des contraintes de mouvement, certains migrants autochtones ont été privés des services de base de l'autre côté de la frontière et ont dû faire face à une prestation de services limitée dans leurs communautés — la distance et le manque de transport étant cités comme des obstacles majeurs. En outre, bien que l'accès soit accordé par la loi, une demande accrue a entravé l'accès à des services de santé déjà limités dans les zones frontalières. Un manque d'ÉPI pour les établissements de soins de santé autochtones a également été cité, ainsi qu'un manque d'abris temporaires compte tenu du nombre élevé de migrants revenant du Venezuela. En termes de services d'éducation et de protection, 11 % des migrants ont déclaré ne pas tenir compte de leurs besoins socioculturels.

En Éthiopie, les migrants de retour ont identifié la distance des services et les besoins de transport comme des obstacles et la nécessité d'un soutien psychosocial accru. Des lacunes au niveau de la disponibilité des ÉPI, du désinfectant pour les mains et du savon, ainsi que du personnel de santé mentale ont été signalées dans les centres de quarantaine. Les équipes du programme AMiRA à travers le Sahel ont également signalé un manque de protection de qualité et de services de santé mentale destinés aux migrants.

En Suède, de nombreux services de santé ont été temporairement suspendus concernant des visites physiques. Les paramètres dans lesquels des services spécifiques étaient normalement fournis, tels que la prise de rendez-vous sur place au sein des centres de santé ou des hôpitaux, ont été modifiés pour devenir des services numériques. Au Royaume-Uni, des problèmes liés à l'offre et à la qualité des logements destinés aux demandeurs d'asile ont été signalés — par exemple, le partage des chambres et l'utilisation des hôtels pendant la pandémie. Les services bénévoles d'aide aux sans-papiers, y compris les asiles de nuit, n'ont pas été en mesure de fonctionner à un niveau similaire ni de fournir un soutien conformément aux restrictions locales de santé publique. En Australie, une capacité réduite et l'incapacité des prestataires à embaucher des personnes supplémentaires dans les refuges en raison des restrictions de la COVID-19 ont été signalées. Aux Philippines, 11 % des personnes interrogées qui étaient bloquées ont noté l'indisponibilité des services en cas de besoin ; même si seulement 3 % ont souligné l'inaccessibilité des services en raison de la distance.

Application incohérente des lois et politiques pertinentes

Un thème commun tout au long de la recherche était le manque de cohérence dans l'interprétation et l'application des lois pertinentes concernant l'accès des migrants aux services de base, ainsi que des changements de politique spécifiques liés à la COVID-19. Cela représentait un obstacle à l'accès aux services de base pendant la pandémie en Australie, en Égypte, aux Philippines, en Suède et au Royaume-Uni.

« [On constate] une faible sensibilisation et une certaine confusion concernant les tests de dépistage gratuit de la COVID-19... parmi les clients et les fournisseurs de services. Un client s'est rendu dans une clinique privée parce qu'un [fonctionnaire] de la santé publique l'y a orienté. Cela a affecté non seulement son accès, mais sans doute également l'accès de sa communauté. Il a dû payer pour le dépistage... Ce qui a laissé penser que le dépistage n'était pas gratuit. Les professionnels de la santé publique ne devraient pas se référer aux cliniques privées. Cela engendre un obstacle [et] une réticence future à se faire dépister. » - Fournisseur de services en Australie

« Nous observons des gens ordinaires qui essaient d'obtenir les soins de santé auxquels ils ont droit, mais qui ne les reçoivent pas, le personnel de santé ignorant que ce traitement est nécessaire. Ce sujet est récurrent lors des appels téléphoniques que nous recevons de la part migrants. » - Infirmière, Clinique de référence de la Croix-Rouge suédoise pour les migrants sans-papiers.

En Égypte, les migrants, y compris les réfugiés, ont salué la décision du gouvernement de ne pas imposer d'amendes pour les permis de séjour expirés et de prolonger la période de renouvellement et d'autoriser l'utilisation de permis expirés pour s'inscrire à certains services tels que l'éducation ou la santé. Mais beaucoup ont noté que les autorités de différents endroits n'étaient pas au courant du changement de politique.

L'approche flexible du gouvernement national n'a pas toujours été reflétée par des fonctionnaires de première ligne fournissant des services. Dans certains cas, l'aide financière a été transférée par la poste en raison de la fermeture de prestataires de services, mais la poste n'a pas accepté les permis expirés en tant que pièces d'identité. Les migrants, y compris les réfugiés, se heurtaient également à des obstacles relatifs aux services de communication, dans la mesure où les

entreprises de télécommunications ne renouvelaient pas les lignes téléphoniques ou ne permettaient pas aux migrants de payer leurs factures avec des permis expirés. Cela a conduit à l'isolement et à des retards dans la réception des informations et des mises à jour sur la situation de la COVID-19.

En Australie, les prestataires de services et les parties prenantes du gouvernement ont exprimé des préoccupations concernant l'accès aux services de base dans la loi par rapport à la pratique, certains individus interrogés soulignant la clarté des politiques de dépistage et de traitement de la COVID-19 ainsi que l'aide d'urgence au niveau central, ce qui n'est pas nécessairement au niveau local parmi les parties prenantes de première ligne, entraînant le rejet des migrants qui se voient annoncer leur inadmissibilité.

En Colombie, bien que l'État garantisse l'accès universel aux soins de santé en cas d'urgence pour l'ensemble des migrants — y compris dans le contexte de la COVID-19 — il existe peu de diffusion quant à la portée réglementaire de cette politique, ce qui entraîne des lacunes dans l'application et l'accès au niveau local. La proportion de besoins de soins de santé non satisfaits pour les réfugiés et les personnes en quête d'asile était déjà élevée en Suède avant la pandémie.⁶⁸ Le personnel de santé ne jouit que d'une connaissance et une conscience limitées de la loi et de la réglementation relatives à l'accès aux soins de santé pour les réfugiés et les personnes titulaires d'un permis de séjour temporaire et de la signification du concept de « soins de santé ne pouvant pas être reportés ou différés »⁶⁹, ce qui conduit à des interprétations discrétionnaires et à l'exclusion des services.

Au Royaume-Uni, des pratiques mixtes entre les différentes autorités locales étaient évidentes en termes d'accès à un abri pour les migrants à risque de sans-abrisme et traditionnellement inéligibles à l'aide publique.⁷⁰

Aux Philippines, 21 % des personnes interrogées ont déclaré qu'une interprétation et une mise en œuvre incohérentes des directives nationales empêchaient l'accès aux services de base et conduisaient à une confusion quant à la manière et le lieu d'obtention des documents de voyage ; 27 % ont déclaré expérimenter des voyages différés et des séjours prolongés dans les zones d'attente en raison de la confusion dans l'obtention des documents et des permis de voyage.

Peur, préoccupations de santé et de sécurité

Un éventail de problèmes de santé et de sécurité ont été relayés par les migrants, reflétant un niveau de peur dû aux conséquences réelles ou perçues de l'accès aux services de base.

« Étant parmi tant de personnes [pour obtenir de l'aide], nous pouvons facilement attraper la COVID-19. »
– Migrant en Colombie

« Les gens ne se présenteront pas à l'hôpital même s'ils sont violemment malades par peur d'être signalés/expulsés ou détenus. » - Fournisseur de services en Australie

En Égypte, plusieurs migrants interrogés ne se sont pas présentés à un traitement médical et à des rendez-vous, par crainte de transmission de la COVID-19. Au Royaume-Uni, des contrôles d'immigration sont effectués et des frais sont appliqués pour les personnes ayant un statut d'immigration précaire et nécessitant des soins de santé secondaires.⁷¹ Cela crée des obstacles, y compris la peur de l'application de la loi en matière d'immigration, pour les personnes issues de l'immigration. En Éthiopie, le manque de confiance entre et parmi les prestataires de services, les parties prenantes de première ligne et les migrants de retour a été cité comme un obstacle majeur aux services de base. En Suède, la recherche suggère que les migrants peuvent également éviter d'accéder aux services de base par crainte d'être infectés.

En Colombie, les migrants autochtones ont exprimé des inquiétudes quant à la contraction du virus en raison de la nature de la recherche de soutien dans des endroits bondés. En Australie, malgré les politiques garantissant le dépistage gratuit de la COVID-19 et le traitement connexe,⁷² 11 % des migrants interrogés appréhendent d'accéder aux services de base et au soutien parce qu'ils craignent de tomber malades ; 30 % avaient peur d'accéder à une aide en raison de leur statut de visa (y compris la crainte que l'accès à une aide n'impacte leur visa actuel ou futur ou ne conduise à un signalement aux autorités). La peur comme obstacle a été partagée par près de 50 % des parties prenantes interrogées. Au Sahel, un certain nombre de migrants — y compris des sans-papiers — resteront probablement « invisibles » et éviteront de chercher de l'aide pendant la pandémie, par crainte de la stigmatisation, de la violence ou de l'appréhension des autorités.⁷³



Manque de documentation pertinente

Les migrants à diverses étapes de leur parcours ont signalé l'absence ou l'incapacité d'obtenir des documents pertinents (tels que des documents d'identité ou des permis de séjour) comme obstacle à l'accès aux services de base pendant la pandémie.

En Égypte, les processus d'enregistrement et de détermination du statut de réfugié fournissent les documents d'identité nécessaires permettant aux demandeurs d'asile d'accéder aux services de base. Les mesures politiques menant à la fermeture physique de bureaux clés ainsi que les limitations du nombre de fonctionnaires ont contribué à l'aggravation des délais de réception et de renouvellement de ces documents, et qui existaient avant la pandémie. Au Soudan, les migrants sans-papiers et les demandeurs d'asile transitant par l'État du Nord ne disposaient pas de documents d'enregistrement du gouvernement, empêchant leur accès à l'emploi et à d'autres services de base. Bien que la police de l'immigration délivre des permis de travail pour accéder au travail, ceux-ci doivent être de manière payante tous les six mois. Au cours de la pandémie, les processus d'enregistrement en cours ont été interrompus et les migrants ayant perdu leur travail n'avaient plus les moyens de payer les frais de renouvellement de permis, entravant leur accès et les exposant au risque d'arrestation. Aux Philippines, les migrants de retour ont déclaré l'absence de documents d'identité personnels comme un facteur clé limitant l'accès aux services et l'obtention de laissez-passer qui permettent de trouver un emploi. En Colombie, les migrants autochtones sans-papiers ont rencontré des difficultés lors de l'accès aux soins de santé en raison des difficultés d'obtention de permis de séjour spéciaux.

Exclusion numérique

Alors que de nombreux services de base se sont déroulés en ligne en raison des restrictions de la COVID-19, les migrants ayant une culture ou un accès numérique limités ont rencontré de nouveaux obstacles. En Égypte, les processus d'émission et de renouvellement en ligne des permis de séjour n'étaient pas accessibles à tous. En conséquence, ceux dont les documents avaient expiré ou ceux dépourvus de documents n'ont pas été en mesure de recharger leur crédit téléphonique, de payer le loyer et les services publics et de recevoir d'autres formes d'assistance (comme une assistance monétaire ou alimentaire). Au Royaume-Uni, les migrants ont éprouvé des difficultés d'obtention de rendez-vous médicaux en raison des services en ligne et du manque de téléphones intelligents ou de données permettant l'accès à la télémédecine ou à d'autres services de soutien. En Suède, les soins de santé numériques présentaient des obstacles pour les migrants dépourvus de la carte d'identité de la banque suédoise et des numéros de sécurité sociale personnels nécessaires. Le processus d'accès au dépistage parmi les demandeurs d'asile et les sans-papiers constituait également des obstacles en raison de la nécessité de disposer d'un numéro de sécurité sociale. En Colombie, l'accès à l'éducation des enfants migrants autochtones a été signalé comme étant à risque en raison de l'absence de connexion à Internet et d'outils numériques permettant d'entreprendre des études en ligne. En Australie, les intervenants ont cité les défis liés à la transition des services de soutien en santé et en santé mentale en ligne, impliquant le risque d'exclusion des migrants qui avaient perdu leur emploi en raison de la pandémie et qui n'avaient pas les moyens d'acheter des données ou du crédit téléphoniques.



Abdi est un travailleur social de la Croix-Rouge australienne. Le programme de secours d'urgence offrant une assistance judiciaire et financière aux migrants a été intensifié et une assistance à distance a également été fournie pendant la pandémie.

Fourniture de services numériques – défis et opportunités

Forced to adapt programs and move online due to government policies and restrictions, National Societies contributing to the research highlighted positive and negative aspects of digital service provision (such as remote casework and telehealth). A growing reliance on digital technology allowed National Societies to reach migrants who could otherwise not have accessed services due to COVID-19. Emergency relief support from Australian Red Cross reached migrants across 99% of geographic areas in the country through an online portal. Digital solutions allowed staff and volunteers in Sweden in at risk groups to deliver services remotely. Across several National Societies, it unlocked opportunities for introducing new technologies and alternative ways of working.

For some migrants, the digital interface provided a preferred and more dignified way to receive support.

Lors d'une enquête interne, la Croix-Rouge britannique a constaté que la plupart des personnes interrogées ont déclaré le travail à distance comme étant positif et préférerait recevoir un appel téléphonique ou vidéo plutôt que de patienter en vue d'obtenir un rendez-vous en personne. En Australie, 74 % des migrants interrogés en ligne ayant bénéficié d'une aide d'urgence ont trouvé l'application en ligne facile d'accès et d'application. Le processus signifiait également que les migrants n'avaient pas à dépenser d'argent pour se rendre dans les bureaux dans le but de recevoir un soutien.

Cependant, la numérisation comporte des défis. L'adoption rapide des outils numériques augmente le potentiel de préjudice lié à l'exclusion numérique, à la protection de la vie privée et des données et aux défis liés à l'identification des problèmes de sécurité. De nombreuses autorités de protection des données ont publié des lignes directrices ou des déclarations relatives à l'application de leurs lois nationales respectives concernant la protection des données dans le contexte de la COVID-19.⁷⁴ La prise de mesures d'atténuation a été primordiale pour les Sociétés nationales, notamment à travers le développement de nouveaux outils internes de dépistage de la vulnérabilité, des directives relatives au traitement des dossiers à distance et des procédures de protection des données.

Le personnel et les bénévoles du CRCR, ainsi que les partenaires et les fournisseurs de services communautaires en Australie, en Suède et au Royaume-Uni ont souligné la délimitation par les technologies numériques des inégalités sociales dans la prestation de services. La recherche a confirmé la nécessité de compléter les approches numériques par une assistance en face à face ou par téléphone et de poursuivre les efforts dans le but de réduire la fracture numérique, notamment par le biais de la participation des migrants à la conception et à la fourniture de services numériques et en collaborant avec les gouvernements pour aider à lutter contre l'exclusion numérique.



Lutter contre la COVID-19 : Les migrants font preuve d'ingéniosité et de résilience malgré les obstacles aux services de base

Face à des risques accrus et à l'exclusion des soutiens traditionnels, les migrants ont fait preuve de résilience et d'innovation, se mobilisant afin de préserver leur santé et leur sécurité, ainsi que celle de leurs communautés.

- En Australie, des femmes munies de visas temporaires ont ouvert une cuisine communautaire, cuisinant pour des tiers ayant des besoins alimentaires ; les demandeurs d'asile sans droit au travail ont été des bénévoles essentiels dans la préparation et la distribution de colis alimentaires et de colis de secours ; une personne a créé une entreprise de promenade de chiens afin de soutenir sa communauté et sa propre santé mentale ; un autre a plaidé avec succès en faveur des EPI pour les travailleurs migrants.
- Un réfugié au Royaume-Uni explique : « J'essaie de créer des groupes en ligne, en raison des règles de distanciation sociale, au sein desquels une ou deux fois par semaine sur Zoom, les médias sociaux comme les groupes WhatsApp, nous pouvons avoir un échange d'idées, discuter du plaidoyer que nous menons et de la manière dont nous pouvons poursuivre virtuellement ces actions... Nous pouvons également avoir des séances de comédie improvisée, de blagues ou de narration visant à remonter le moral. Les gens ont la capacité de créer des vidéos stimulantes pour nous et le grand public britannique. »
- Les personnes bloquées aux Philippines ont déclaré se maintenir en bonne santé en s'alimentant sainement (26 %), en s'exerçant (25 %), en passant du temps avec leur famille (9 %) et en jardinant (7 %). D'autres ont participé à des webinaires ou à des cours en ligne, à des cours de pâtisserie ou de cuisine et à la création d'entreprises en ligne, entre autres.
- Au Soudan, les migrants ont souligné la solidarité au sein de leur communauté, certains propriétaires reportant le paiement du loyer jusqu'à ce que la situation s'améliore.
- En Égypte, la solidarité communautaire a également été soulignée, notamment parmi les communautés de migrants somaliens, yéménites et soudanais qui se sont autoorganisées afin de fournir des bons alimentaires de restaurants ou de collecter et distribuer une aide financière et des colis alimentaires.

Impacts sur la santé, la sécurité et le bien-être des migrants

COVID-19 et mesures politiques connexes: Le continuum des obstacles et des impacts

Amplification des risques pour la santé physique

- Risque de prévalence accru en raison des conditions de travail et de vie
- Risque de gravité du virus en raison de problèmes de santé sous-jacents / chroniques
- Les obstacles aux soins de santé, à l'information et à un logement convenable contribuent à augmenter les risques

Détérioration de la santé mentale

- Stress, anxiété, dépression, incertitude et peur
- L'incapacité à répondre aux besoins de base amplifie la détresse
- Les obstacles à l'accès aux services de santé / santé mentale et au soutien financier contribuent à exacerber les impacts



Difficultés économiques et insécurité financière

- Perte d'emploi, de moyens d'existence et de revenus
- Incapacité à répondre aux besoins de base
- Les obstacles à l'accès aux mesures de soutien socio-économique amplifient les impacts et intensifient les risques d'exploitation

Prévalence des logements insécurisés et insalubres

- La perte d'emploi implique une absence de revenu pour payer le loyer et contribue à la surpopulation et au sommeil dans la rue
- Obstacles à l'accès au logement public et / ou à l'hébergement d'urgence

Augmentation de l'insécurité alimentaire

- Dilemme entre le fait de se nourrir, de payer un loyer ou de recharger un crédit téléphonique pour rester en contact avec les familles, les services et les informations
- L'augmentation des coûts alimentaires, couplée à la perte de revenus et des moyens de déplacement vers les services de base entraînent une pénurie alimentaire.

L'exacerbation des obstacles existants et les nouveaux défis présentés par la COVID-19, tels que les restrictions de mouvement et les mesures de quarantaine, ont entraîné des conséquences humanitaires importantes pour les migrants. Les impacts de la pandémie et les obstacles rencontrés lors de l'accès aux services ne sont pas isolés, mais font partie intégrante d'un continuum de risques et de défis pour se maintenir en sécurité et en bonne santé.

Les impacts les plus importants du virus et des mesures politiques connexes dans les pays étudiés concernent les risques pour la santé physique, les problèmes de santé mentale et les impacts économiques négatifs.

Bien qu'il existe des données publiques limitées relatives à l'incidence de la COVID-19 parmi les migrants dans les pays étudiés, les résultats indiquent un risque accru pour les migrants de contracter et de subir des cas graves du virus — en particulier en cas d'informations accessibles limitées concernant la prévention, de connaissances ou d'un accès limité au dépistage et au traitement de la COVID-19, ainsi qu'aux soins de santé pour les conditions de santé

sous-jacentes. Il existe également un potentiel d'augmentation de la prévalence dû aux difficultés à suivre les recommandations de santé publique en raison des conditions de vie et des circonstances socio-économiques. Une augmentation du stress, de l'anxiété et une détérioration de la santé mentale en raison de la pandémie et des mesures de confinement ont été signalées à la fois par les parties

prenantes et les migrants. Les migrants se sont avérés particulièrement vulnérables à la perte de revenus, d'emplois et de moyens d'existence et n'ont pas été systématiquement inclus dans les mesures de soutien socio-économique du gouvernement, les plongeant dans des situations précaires. Les incidences sur la capacité des migrants à répondre aux besoins de base ont été sévères. L'insécurité alimentaire est évidente, tandis que l'accès à un abri sûr et adéquat se trouve limité. La stigmatisation et la discrimination étaient évidentes, reflétant les rapports mondiaux relatifs à l'amplification due à la COVID-19 des disparités et des préjugés sociaux et économiques préexistants.⁷⁵

La nature évolutive et dynamique de la pandémie a également impliqué une confrontation des populations et des gouvernements à des situations imprévues et inattendues nécessitant des interventions

rapides. La recherche met en évidence les incidences multidimensionnelles de la pandémie sur la mobilité des migrants. Bien que la recherche au niveau des pays ne se soit pas explicitement concentrée sur les violences, l'exploitation ou le trafic sexuels et basés sur le genre,

certaines informations clés sont présentées dans les tableaux 2 à 9. D'autres impacts humanitaires documentés concernent la séparation de la famille, l'éducation, la mobilité et l'incapacité de contribuer à l'intervention en raison des restrictions de visa (c'est-à-dire l'absence de droits au travail).



Les tableaux ci-dessous soulignent les principales conclusions dans les pays étudiés, ainsi que les impacts de la pandémie et des politiques connexes sur la santé, le bien-être et la sécurité des migrants.

Tableau 2 : Impacts sur la santé physique



SANTÉ PHYSIQUE

Principales conclusions et preuves

- **Australie** - 6 % des migrants munis de visas temporaires interrogés ont indiqué que les effets sur la santé physique étaient les plus importants et 13 % ont déclaré leurs besoins de santé comme étant non satisfaits; 14 % ont déclaré devoir continuer à travailler malgré la présence de symptômes ou le risque d'exposition à la COVID-19 en raison d'un manque d'accès à un soutien financier. Les parties prenantes ont noté l'accès aux médicaments comme un défi majeur.
- **Colombie** - Les maladies chroniques non transmissibles (telles que le diabète et l'hypertension artérielle) contribuent à la mortalité prématurée des populations de migrants et de réfugiés. Les migrants avec des conditions médicales préexistantes sont plus à risque de subir des impacts graves de la COVID-19 et luttent contre des obstacles dans l'accès au traitement des maladies chroniques en raison des tensions actuelles sur les établissements de santé.
- **Égypte** - Seuls 3 % des migrants interrogés, y compris les réfugiés, ont indiqué qu'eux-mêmes ou un membre de leur ménage avaient contracté la COVID-19; 7 % ont choisi de ne pas divulguer cette information. Les migrants souffrant de problèmes de santé chroniques (tels que le diabète) ont signalé des difficultés d'accès aux médicaments en raison de la fermeture de cliniques et d'hôpitaux.
- **Éthiopie** - L'arrêt des références pour un soutien en matière de santé et de santé mentale en raison de l'état d'urgence et la fermeture des services ont nui aux migrants de retour souffrant de problèmes de santé chroniques et de santé mentale.
- **Philippines** - Les migrants de retour dans les centres de rétention au sein des aéroports, des stades et des points frontaliers dans l'attente de leur voyage de retour étaient confrontés à un risque accru de COVID-19 en raison du surpeuplement et de l'incapacité de se distancier physiquement.
- **Région du Sahel** - Les migrants couraient un risque accru d'infection en raison de l'incapacité à se conformer aux mesures de prévention compte tenu des conditions de vie (surpeuplement, sommeil dans la rue et installations médiocres d'eau et d'assainissement).
- **Soudan** - 25 % des migrants de retour interrogés étaient soupçonnés d'avoir contracté le virus COVID-19 et ont de ce fait été placés en quarantaine conformément aux protocoles gouvernementaux; 63 % se sont dits satisfaits des services en quarantaine.
- **Suède** - 32 % des cas de COVID-19 de mars à mai 2020 concernaient des migrants (qui ne représentent que 19 % de la population).⁷⁶ Ceci est principalement lié à des facteurs socio-économiques tels que la surreprésentation fréquente les secteurs professionnels les plus touchés par la pandémie, l'impossibilité de travailler à distance, l'utilisation des transports en commun, des emplois moins stables et des logements surpeuplés ou insalubres.

À l'écoute des migrants : Voix d'expériences vécues

« Au début, je recevais très peu d'informations. J'ai été infecté [par la COVID-19]... Depuis, je porte un masque, je garde mes distances et je me lave les mains... Je n'ai rien à faire, ce qui génère beaucoup de stress... Je ne peux pas quitter la Suède et j'ai du mal à dormir la nuit Je ressens une grande anxiété et j'ai l'impression d'être dans une prison... »

– Migrant en Suède

« L'ÉPI n'est pas disponible. Les migrants sont censés le trouver et le payer eux-mêmes... Un employeur a fourni un masque jetable à usage unique et a dit aux travailleurs de le porter pendant 3-4 jours. »

– Migrant sans-papiers en Australie

« Vous avez peur — et si c'était le coronavirus et que vous affectiez davantage de personnes. Cela m'a vraiment affecté, tant mentalement que physiquement. »

– Réfugié au Royaume-Uni

Tableau 3 : Impacts sur la santé mentale



SANTÉ MENTALE

Principales conclusions et preuves

À l'écoute des migrants : Voix d'expériences vécues

- **Australie** - 42 % des migrants interrogés ont déclaré que la pandémie avait nui à leur santé mentale; 17 % ont indiqué que l'isolement et le manque de vie sociale étaient particulièrement difficiles à gérer; 12 % ont déclaré des besoins non satisfaits en matière de santé mentale; 33 % ont mentionné que le sentiment d'isolement et de solitude constituait un obstacle au maintien de la sécurité et de la santé et à la demande de soutien. Les fournisseurs de services ont signalé des pics de problèmes de santé mentale aigus tels que les idées suicidaires.
- **Colombie** - La perte d'emploi et/ou de revenus due à la quarantaine a provoqué des niveaux élevés de stress pour les migrants vénézuéliens, particulièrement pour les femmes ne bénéficiant que de réseaux de soutien réduits. En témoigne une augmentation significative de la dépression et des troubles anxieux. Les migrants interrogés ont également demandé plus d'informations sur les soins personnels pendant la pandémie de COVID-19 compte tenu des impacts sur la santé mentale.
- **Égypte** - Les migrants interrogés, y compris les réfugiés, ont cité les règles de distanciation physique comme le principal facteur affectant leur santé mentale. La peur de contracter la COVID-19 a contribué à accroître l'anxiété et le stress. La perte d'emploi et le stress associé ont conduit certains à expérimenter des idées suicidaires.
- **Éthiopie** - Les migrants de retour ont confirmé que la pandémie et l'état des mesures d'urgence — y compris le processus de retour et les protocoles de quarantaine — impactaient sévèrement leur santé mentale et leur bien-être psychosocial. 46,7 % des migrants de retour interrogés ont déclaré avoir souffert de troubles mentaux en raison de la pandémie (y compris l'anxiété, la dépression ou d'autres pressions psychologiques); 16,3 % à un niveau sévère et 30,4 % à un niveau modérément élevé.
- **Philippines** - 8 % des migrants bloqués ont signalé une anxiété accrue (dont 10 % des travailleurs migrants internes, 4 % des travailleurs philippins retournés à l'étranger et 10 % des migrants retournés à Mindanao).
- **Région du Sahel** - Il existe une forte prévalence d'indicateurs de bien-être mental médiocres parmi les migrants soutenus par le programme AMIRA, notamment une fatigue persistante, des difficultés à dormir et des sentiments de culpabilité, de tristesse, d'anxiété, de panique et de peur. La tension causée par l'immobilité forcée et la perte de moyens de subsistance ont généré d'autres problèmes de santé mentale et de bien-être.
- **Soudan** - 84 % des migrants interrogés ont signalé une détérioration de leur santé mentale. Les migrants ont exprimé la crainte de contracter la COVID-19 et de mourir, l'isolement et l'incertitude quant à leur sort (y compris concernant l'expulsion et les relations avec les autorités locales) comme source de pression psychologique intense.
- **Suède** - Les demandeurs d'asile et les réfugiés ont été identifiés comme étant soumis à un risque de maladie mentale, et ce avant la pandémie. Les preuves suggèrent que la pandémie peut entraîner des événements de vie traumatisants supplémentaires, ainsi qu'introduire ou aggraver des symptômes dépressifs préexistants.⁷⁷
- **Royaume-Uni** - Les demandeurs d'asile et les réfugiés ont été identifiés comme cinq fois plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé mentale complexes, tels que le SSPT.⁷⁸ La pandémie et les conditions du système d'asile ont exacerbé les problèmes de santé mentale existants et en ont créé de nouveaux. Les migrants ont signalé des répercussions sur la santé mentale, le manque d'interaction sociale et la solitude en raison des mesures de confinement et des restrictions.

« Être à la maison pendant plus de sept mois a été très déprimant, en raison de pressions diverses liées au stress et financières. Je craignais plus la crise financière que la COVID-19. »

– Migrant en possession d'un visa temporaire en Australie

« [La COVID-19] a bouleversé nos vies... nous sommes déjà traumatisés. »

– Réfugié en Égypte

« [La COVID-19] nous enferme tous à la maison et c'est difficile, car nous sommes des êtres sociaux. Les familles sont séparées, les réseaux sociaux sont le lieu où nous nous connectons maintenant et, plus les gens sont isolés, plus cela affecte leurs activités et leur santé mentale... »

– Réfugié au Royaume-Uni

« Un sommeil inexistant, le néant. Aucune routine, une peur étrange... Je n'ai jamais rien expérimenté de tel. Mais il est évident que personne n'a jamais rien vécu de tel, n'est-ce pas ?

– Migrant sans-papiers en Australie



Tableau 4 : Impacts économiques



IMPACTS ÉCONOMIQUES (MOYENS D'EXISTENCE ET EMPLOI)

Principales conclusions et preuves

- **Australie** - 58 % des migrants interrogés en ligne ont cité la perte d'emploi ou l'impact financier comme l'incidence la plus significative de la pandémie ; 62 % des migrants interrogés ont cité la perte d'emploi comme un impact clé ; 87,5 % des migrants interrogés ont noté une détérioration de leur situation financière.
- **Colombie** - Les migrants ont subi une perte partielle ou totale de leurs moyens d'existence — en particulier ceux dans l'économie parallèle — en raison de l'état d'urgence et des mesures d'isolement et de quarantaine.
- **Éthiopie** - Les migrants de retour ont souligné que l'état d'urgence empêchait l'emploi et le soutien économique. Les migrants dont les moyens d'existence dépendaient de la mobilité transfrontalière avec le Soudan ont été particulièrement affectés.
- **Égypte** - L'état d'urgence et le couvre-feu, ainsi que les fermetures d'entreprises qui en découlent ont impacté les migrants employés irrégulièrement dans les secteurs de l'hôtellerie et du nettoyage. Près de 80 % des personnes interrogées ont déclaré que leur emploi était gravement affecté par les mesures COVID-19 (défini comme une diminution de 70 à 100 % du revenu). Une diminution des heures de travail et des difficultés d'achat de masques faciaux et de produits d'hygiène en raison de la perte de revenus ont été signalées.
- **Philippines** - 33 % des personnes interrogées ont perdu leur emploi ou leur entreprise en raison de la pandémie. Les migrants de retour de Malaisie étaient parmi les plus touchés (70 % ont perdu leur emploi ou leur entreprise), suivis des travailleurs migrants internes (60 %) et des travailleurs philippins étrangers bloqués dans le pays (30 %) ; 16 % des personnes interrogées ont dû emprunter de l'argent ou contracter des crédits.
- **Région du Sahel** - Une évaluation rapide réalisée à Niamey en juillet 2020 par le programme AMIRA a révélé que les migrants travaillant comme ouvriers avant la pandémie n'avaient plus d'emploi, empruntaient de l'argent ou souscrivaient des prêts. Ceux qui n'avaient pas de travail avant la pandémie se sont tournés vers la mendicité comme stratégie d'adaptation ; la majorité n'était pas en mesure de gagner suffisamment d'argent pour subvenir à ses besoins fondamentaux.
- **Soudan** - Les confinements généraux et les politiques de couvre-feu ont affecté l'accès des migrants à l'argent servant à couvrir les dépenses quotidiennes ; 92,2 % des personnes interrogées ont indiqué que leur revenu avait été affecté négativement par la pandémie.
- **Suède** - Les migrants sont surreprésentés dans les secteurs les plus impactés par la pandémie comme l'hôtellerie (les migrants représentent au moins 40 % de l'emploi dans ce secteur).⁷⁹ Les conditions du permis de séjour augmentent la vulnérabilité en termes de perte d'emploi. 75 % des migrants accédant à un programme alimentaire géré par la Société nationale ont déclaré que leurs revenus avaient été affectés par la pandémie.

À l'écoute des migrants : Voix d'expériences vécues

Il n'y a plus d'emploi disponible... aujourd'hui, je ne travaille pas. Avant je travaillais dans le secteur du nettoyage, dans les réceptions. C'est très compliqué, tout est en train de fermer... »

– Migrant en Suède

« En tant que vendeurs de rue, nombre d'entre nous ont perdu leurs capitaux d'investissement en raison de la pandémie. »

– Migrant en Colombie

« Même les Soudanais souffrent du confinement, du couvre-feu, de l'insécurité de l'emploi et de la perte de moyens de subsistance, mais nous en souffrons également et nous sommes laissés à l'abandon. »

– Migrant au Soudan

« [La COVID-19] a eu un impact énorme... Après avoir obtenu mon diplôme, je n'ai pas obtenu l'emploi espéré, pour lequel j'avais entrepris mes études. Cependant j'ai dû trouver un emploi. Seulement ils ont tenté de m'exploiter... J'ai par la suite trouvé un autre emploi dans le secteur de la restauration, mais l'établissement a fermé en raison des restrictions. Aujourd'hui je suis employé à temps partiel dans un autre restaurant... Ils remettent en question quotidiennement le fait que je puisse continuer à travailler. »

– Migrant en possession d'un visa temporaire en Suède

Tableau 5 : Impacts sur l'alimentation et le logement



ALIMENTATION ET LOGEMENT

Principales conclusions et preuves

- **Australie** - 80 % des personnes recevant des aides d'urgence de la Croix-Rouge ont indiqué que ces dernières serviraient à subvenir à leurs besoins alimentaires ; ⁸⁰ 50 % des migrants interrogés en ligne avaient difficilement accès à une alimentation suffisante pour subvenir à leurs besoins ; 44 % ont déclaré des besoins de logement non satisfaits ; et 50 % des personnes interrogées ont noté la difficulté à conserver un logement comme conséquence de la pandémie.
- **Colombie** - Les fermetures de frontières, les restrictions de mouvement et la perte de moyens de subsistance ont entraîné un accès limité aux abris et à l'alimentation, de nombreux migrants ne se nourrissant qu'une fois par jour ; 18 % des personnes interrogées ont cité la sécurité alimentaire et la malnutrition comme les plus grands risques pour les enfants pendant la pandémie. Le sans-abrisme est en augmentation.
- **Égypte** - L'accès à la nourriture est un problème clé avec de nombreuses familles de migrants déménageant pour cohabiter dans le but d'économiser de l'argent et nourrir leurs enfants. De nombreuses personnes interrogées dépendaient totalement des colis alimentaires des organisations humanitaires ; 95 % ont déclaré être confrontés à l'insécurité du logement. Certains étaient déjà sans-abris.
- **Philippines** - 50 % des migrants de retour, 12 % des travailleurs migrants internes et 11 % des travailleurs philippins à l'étranger, tous bloqués à l'intérieur du pays en raison des restrictions de voyage et du manque de vols, n'ont pas pu fournir suffisamment de nourriture ; 9 % ont déclaré ne manger qu'une fois par jour.
- **Sahel** - La pandémie a exacerbé la précarité existante de l'accès des migrants à un abri sûr, laissant nombre d'entre eux sans abri ou vivant dans des abris surpeuplés (y compris des centres de transit).⁸¹
- **Soudan** - 71,2 % des sans-papiers interrogés ont été confrontés à des difficultés pour répondre aux besoins alimentaires quotidiens et payer le loyer et les services publics ; 84 % ont noté une dégradation des conditions hydrologiques, d'assainissement et d'hygiène domestique en raison de la pandémie ; 71,2 % ont noté des impacts négatifs sur leur situation de logement. 52,2 % des migrants de retour ont indiqué qu'une quantité suffisante de nourriture était disponible dans les centres de quarantaine obligatoires.
- **Suède** - L'expérience de la Société nationale indique que les migrants sans-papiers et sans-abri souffrent régulièrement d'insécurité alimentaire. Plus de 50 % des migrants accédant à un programme alimentaire de la Société nationale au cours de la pandémie vivaient dans des conditions de logement instables sans contrat, en surpeuplement, avec de nombreuses personnes dans un même appartement, ou se déplaçant d'un endroit à l'autre.
- **Royaume-Uni** - Les demandeurs d'asile déclarent avoir du mal à se permettre de la nourriture et se trouvent forcés de choisir de dépenser le peu d'argent dont ils disposent pour la nourriture ou d'autres articles essentiels.⁸² En mars 2020, toutes les expulsions des centres d'accueil pour asile ont été suspendues,⁸³ protégeant près de 50 000 personnes en quête d'asile contre les risques de sans-abrisme et de misère. Le programme « Tout le monde à l'intérieur » (Everyone In) destiné aux sans-abris a fourni un hébergement d'urgence aux migrants ; environ 50 % des 5400 personnes accueillies dans des hébergements d'urgence à Londres étaient des migrants n'ayant pas recours aux fonds publics ou étaient des ressortissants européens non éligibles à une aide dans des circonstances normales.⁸⁴

À l'écoute des migrants : Voix d'expériences vécues

« Le soutien qui nous manque [est]... le logement, le paiement du loyer et des factures, et les vêtements. »

– Migrant en Suède

« Nous avons été expulsés une fois parce que nous n'avions pas d'argent pour le loyer. »

– Migrant en Colombie

« [Il est] difficile de respecter le loyer. Il faut choisir entre payer le loyer et se nourrir »

– Migrant sans-papiers en Australie

J'ai urgemment besoin d'une aide alimentaire. J'ai trois enfants affamés. J'ai perdu mon emploi parce que j'ai contracté la COVID-19. Je n'ai aucune ressource. »

– Migrant en Colombie

« Ce dont nous avons le plus besoin en tant que familles, c'est de la nourriture parce que les magasins sont fermés. »

– Migrant en Égypte

« Nous devons nous rendre dans les plus grandes surfaces qui pratiquent des prix inférieurs, mais aujourd'hui avec le confinement, nous ne pouvons pas nous déplacer et les petits magasins ont augmenté leurs prix. Des produits comme le savon et le désinfectant pour les mains coûtent très cher et ne permettent de garder que peu d'argent pour la nourriture et les autres produits essentiels. »

– Réfugié au Royaume-Uni



Tableau 6 : Stigmatisation et discrimination



STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Principales conclusions et preuves

- **Australie** - En dépit d'une augmentation nationale des incidents de racisme⁸⁵ pendant la pandémie, les données collectées ne reflètent pas cela comme un impact clé; seuls 1 % des migrants interrogés ont été victimes de racisme.
- **Colombie** - La Société nationale a fait état de stigmatisation à la suite de la pandémie, un migrant notant que «... ces derniers temps, nous sommes blâmés pour tout ce qui est négatif ». Il existe des preuves d'une régression de l'intégration et de l'inclusion sociale et d'une augmentation significative des attitudes négatives à l'égard des migrants, associées aux mauvaises conditions économiques et à la concurrence pour les moyens d'existence.
- **Égypte** - Les réflexions sur la stigmatisation ont varié, certains migrants, y compris des réfugiés, faisant face à une discrimination physique et verbale et d'autres étant accusés d'avoir introduit le virus dans le pays au début de la pandémie.
- **Éthiopie** - Les familles hésitaient à accepter les migrants de retour en raison de la peur de contracter la COVID-19 et de la stigmatisation associée.
- **Philippines** - 80 % des personnes bloquées localement n'ont pas été victimes de stigmatisation ou de discrimination. La majorité des personnes interrogées étaient des migrants philippins récemment rentrés de l'étranger ou bloqués à l'intérieur du pays, ce qui peut contribuer à ce résultat.
- **Région du Sahel** - COVID-19 a amplifié la stigmatisation existante. Les femmes de retour au Niger ont expliqué que le renvoi par l'État pendant la pandémie avait accru la stigmatisation; les gens les évitaient par peur de la contamination. Certains migrants de retour en Guinée n'ont pas été chaleureusement accueillis par leurs familles, qui hésitaient à les réintégrer en raison de la pandémie.⁸⁶

Tableau 7 : Impacts sur la mobilité



IMPACTS SUR LA MOBILITÉ

Principales conclusions et preuves

- **Australie** - Pour certains migrants, dont les demandeurs d'asile, le retour chez eux n'est pas une solution pour des raisons de sécurité; pour d'autres, il existe des barrières au retour immédiat, notamment des fermetures de frontières ou des limitations du nombre d'arrivée, des vols peu nombreux et les prix élevés des billets, ainsi que les coûts de la quarantaine à l'arrivée.⁸⁷ Parmi les autres impacts figurent la cessation effective du programme de réinstallation et l'incapacité des migrants et des réfugiés à parrainer des membres de leur famille immédiate.
- **Colombie** - En raison de la fermeture des frontières, des mesures d'isolement et de quarantaine, les communautés autochtones qui migrent régulièrement de l'autre côté de la frontière vers/depuis le Venezuela n'ont pas pu se déplacer. Les migrants ont également eu recours à des itinéraires de migration à risque. On a constaté la réapparition de caravanes de migrants en transit, voyageant en bus et à pied, sur des itinéraires peu sûrs et sujets à des risques de protection, d'environnement et de COVID-19.
- **Égypte** - Les réfugiés en attente de réinstallation ont vu leurs projets interrompus. Les travailleurs migrants saisonniers étaient empêchés de rentrer chez eux et n'avaient d'autre choix que de rester en Égypte, où ils ne bénéficiaient d'aucun soutien ni emploi et dépensaient la totalité de leurs revenus saisonniers.
- **Éthiopie** - En raison de la perte d'emploi, les migrants interrogés ont été contraints de revenir d'outre-mer; selon un intervenant clé, 95 % d'entre eux se trouvaient dans des situations de vulnérabilité à leur retour.
- **Philippines** - Les migrants sont rentrés chez eux en masse en raison de la pandémie et de la peur d'être bloqués à l'étranger, pour se retrouver bloqués à l'intérieur des grandes villes en raison des restrictions de voyage.
- **Région du Sahel** - Les restrictions de mouvement ont entravé la poursuite des voyages des migrants la poursuite, que ce soit entre pays ou à l'intérieur de ces derniers, entraînant de nombreux blocages pendant des mois, en particulier dans les grandes villes de transit telles que Bamako, Gao, Niamey, Agadez et Ouagadougou.

Tableau 8 : Violences sexuelles et basées sur le genre



VIOLENCES SEXUELLES ET BASÉES SUR LE GENRE

Principales conclusions et preuves

- **Australie** - 30 % des principales parties prenantes, y compris des organisations gouvernementales et non gouvernementales, ont signalé une recrudescence de la violence domestique parmi les migrants accédant à leurs services.
- **Colombie** - La violence à l'égard des femmes et des filles migrantes et réfugiées a augmenté, en particulier lors de la mise en place des mesures d'isolement préventif. De nouvelles formes de violence ont été identifiées, telles que les menaces d'être infecté par la COVID-19.
- **Égypte** - Certains migrants, y compris des réfugiés, ont signalé une augmentation de la violence domestique, étant plus souvent à leur domicile et n'ayant qu'un accès limité au soutien. Certains ont quitté leur domicile en raison de la violence et ont dormi dans la rue.
- **Suède** - La Société nationale a enregistré une augmentation de la violence sexuelle et basée sur le genre dans certains de ses services et a élaboré des lignes directrices afin que les succursales locales puissent effectuer des renvois en toute sécurité lors de l'identification de la violence sexuelle et basée sur le genre.⁸⁸ La menace d'infection par la COVID-19 a été signalée comme une nouvelle forme d'abus.
- **Royaume-Uni** - La Société Nationale a signalé une augmentation globale de la violence basée sur le genre, en particulier la violence domestique, ainsi que des préoccupations de plus en plus complexes en matière de sauvegarde pour les femmes migrantes. Au cours des trois premiers mois du confinement national, la ligne d'assistance téléphonique aux victimes de violence domestique du Royaume-Uni a enregistré une augmentation de 65 % des appels et de 700 % des visites sur leur site Web.⁸⁹

Tableau 9 : Risques d'exploitation par le travail et de trafic



RISQUES D'EXPLOITATION PAR LE TRAVAIL ET DE TRAFIC

Principales conclusions et preuves

- **Australie** - Les parties prenantes ont partagé des récits de migrants menacés d'exploitation en raison du manque de soutien du revenu et du désespoir poussant à accepter n'importe quel emploi disponible pour survivre. Des rapports faisant état de migrants recevant un salaire inférieur au du taux horaire officiel, travaillant sans salaire et de publicités mensongères adressées aux migrants à des fins d'exploitation ont été signalés.
- **Colombie** - Les migrants autochtones ont déclaré être très peu payés et exploités en raison de la pandémie, ayant besoin de travailler malgré des conditions d'exploitation. L'utilisation accrue d'itinéraires irréguliers en raison de la fermeture des frontières a intensifié les risques de trafic (en particulier pour les femmes et les filles) et le recrutement de migrants par des groupes armés (également comme moyen d'accéder à une forme de subsistance).
- **Égypte** - Les migrants et les réfugiés ont souligné les conditions de travail abusives, y compris les heures supplémentaires sans salaire.
- **Région du Sahel** - Le risque de traite et d'autres activités d'exploitation a augmenté avec la perte de moyens de subsistance due à la pandémie.⁹⁰
- **Suède** - L'expérience de la Société nationale indique que plusieurs facteurs, tels que les modifications de la législation et le manque d'accès aux services de base, ont généré une augmentation de l'exploitation par le travail, en raison de la nécessité pour les migrants de trouver un abri et des moyens d'existence sans recours à l'assistance et aux services sociaux.

Problèmes mondiaux de protection liés à la COVID-19



Crédit : Andrés Lemus, Croix-Rouge guatémaltèque

Les problèmes de protection, non liés à l'accès aux services de base, auxquels les migrants peuvent être confrontés en raison de la pandémie elle-même et des mesures de réponse adoptées par les États, dépassent le cadre de la présente recherche.

Cet encadré met en évidence les principales tendances générales concernant les problèmes de protection observés à travers le monde. Comme indiqué dans ce rapport, les obstacles limitant l'accès des migrants aux mesures de prévention, aux soins de santé et à d'autres services de base impliquent davantage de difficultés pour les migrants de rester en sécurité ou de se faire soigner. Ce qui a été observé plus globalement — en marge de la recherche du présent rapport — est que l'obligation de signaler les migrants en situation irrégulière aux forces de l'ordre ou aux autorités chargées de la migration — telle qu'elle est imposée par certains États aux prestataires de soins de santé et autres prestataires de services et aux organisations humanitaires — peut dissuader les migrants de solliciter une aide indispensable. En outre, les camps, les établissements formels et informels, y compris les bidonvilles urbains, ainsi que les centres de détention pour migrants posent des problèmes spécifiques en termes de distanciation physique et de mesures d'hygiène, entraînant d'autres problèmes de santé pour les migrants au sein de ces sites. Les migrants dans les camps et dans des structures similaires ont également été touchés de manière disproportionnée par l'application de mesures de confinement, de quarantaine ou d'isolement lorsque celles-ci n'étaient pas accompagnées de mesures de prévention adéquates et d'une préparation et d'une intervention médicales appropriées.

L'interruption de l'assistance, la perte de moyens d'existence — en raison de la forte dépendance des migrants au secteur informel pour leurs revenus — et l'isolement croissant causé par la pandémie ont affecté la capacité des migrants à répondre à leurs besoins fondamentaux. Cela les expose à un risque accru d'insécurité alimentaire ainsi qu'à la négligence, aux abus, à l'exploitation et à la violence, y compris la violence sexuelle. Cela peut les contraindre à adopter des stratégies de survie néfastes telles que le travail ou le mariage

des enfants, les relations sexuelles transactionnelles ou le retour au domicile dans des circonstances dangereuses ou intenable. Les migrants ont également été exposés à des risques accrus de retour, potentiellement en violation du principe de non-refoulement, en raison de la fermeture généralisée des frontières, des refoulements et/ou des procédures de retour accéléré mises en œuvre par certains États sans garanties en place visant à protéger les migrants contre le refoulement et à garantir l'accès à la protection internationale à ceux qui en ont besoin. Le non-respect des exceptions humanitaires aux restrictions de voyage, telles que les procédures de réinstallation pour les réfugiés et les exemptions permettant l'accès à des soins médicaux essentiels ou vitaux ou au regroupement familial pour les personnes fortement dépendantes des soins de leurs proches, a également représenté une source de préoccupation. En outre, les tensions et les craintes engendrées par la pandémie ont aggravé la discrimination préexistante à l'égard des migrants, conduisant à la stigmatisation, au principe de bouc émissaire et à l'exacerbation du risque de violence de la part des communautés et des groupes xénophobes. Les migrants sans-domicile fixe ont parfois subi des harcèlements de la part de la police en raison de leur incapacité à appliquer des confinements et d'autres mesures préventives.

Les enfants migrants, comme d'autres enfants à travers le monde, ont été affectés par les fermetures d'écoles et par un accès restreint à l'éducation. Pour les enfants placés en rétention, dans les sites de transit ou dans les camps, tous ces lieux peuvent avoir souffert d'une présence réduite du personnel et d'une offre réduite de services humanitaires, y compris concernant la santé, la santé mentale et l'éducation. Les restrictions de mouvement à l'intérieur des pays ou à travers les frontières ont conduit à de nouvelles séparations familiales, en particulier liées à des mesures de quarantaine ou d'isolement forcées ou à l'hospitalisation des membres de la famille, ou à une séparation de la famille existante prolongée, étant donné que la fermeture des frontières, les restrictions de mouvement et/ou l'accès au dépistage COVID-19 ont ralenti ou empêché le regroupement familial.

La Croix-Rouge et le Croissant-Rouge en action

Figure 2: Aperçu de l'action de la Société nationale assurant aux migrants l'accès aux services de base

« Je remercie Dieu pour les organisations comme la Croix-Rouge qui peuvent nous aider avec des colis de banque alimentaire, des articles de toilette pour tout le monde et, surtout, des livraisons de colis alimentaires à domicile, ainsi que des livraisons de prescription pour les personnes vulnérables en isolement. »

– Demandeur d'asile au Royaume-Uni

« La Croix-Rouge est une organisation mondiale, que je connais depuis ma plus tendre enfance... Nous avons confiance en la Croix-Rouge, et de ce fait nous faisons confiance à sa notoriété. »

– Migrant en Australie

Les Sociétés nationales du monde entier sont intervenues et ont intensifié leur soutien en vue d'atténuer et d'affronter les répercussions de la pandémie et de faciliter l'accès aux services de base et à l'aide humanitaire aux migrants, quel que soit leur statut juridique. Les Sociétés nationales ont trouvé des moyens novateurs de s'adapter aux défis posés par les restrictions de mouvement et d'autres mesures de santé publique et, dans de nombreux contextes, ont été reconnues comme fournissant un service humanitaire essentiel et bénéficiaient donc d'exemptions spécifiques.

La figure 2 souligne les principales actions visant à garantir l'accès aux services de base des migrants par les Sociétés nationales contribuant à cette recherche depuis le début de la pandémie.

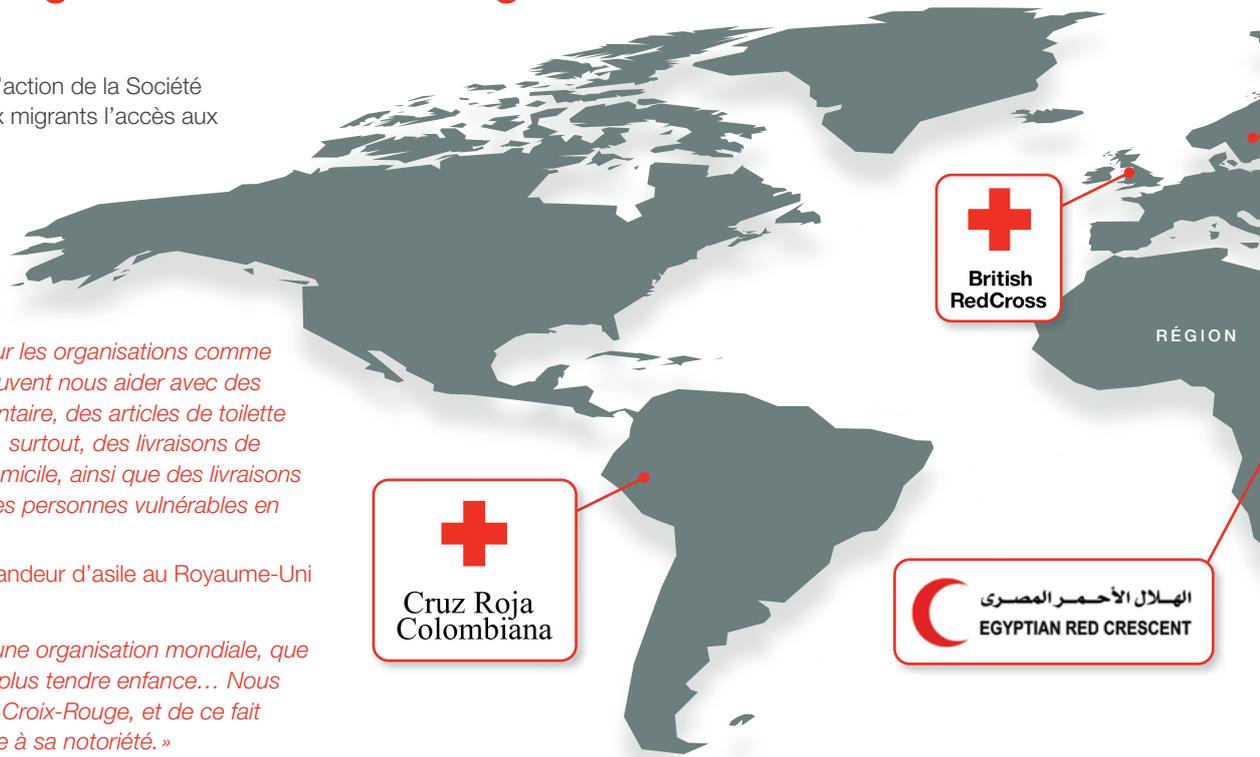
CROIX-ROUGE AUSTRALIENNE : elle a créé un portail en ligne à l'échelle nationale dans le but de fournir des secours d'urgence aux migrants, y compris une aide en espèces, une assistance sociale pour les personnes présentant des vulnérabilités importantes et des informations essentielles d'orientation. D'avril à novembre 2020, plus de 95 000 personnes ont été touchées, dont 20 000 grâce à l'aide alimentaire et plus de 65 000 paiements émis.

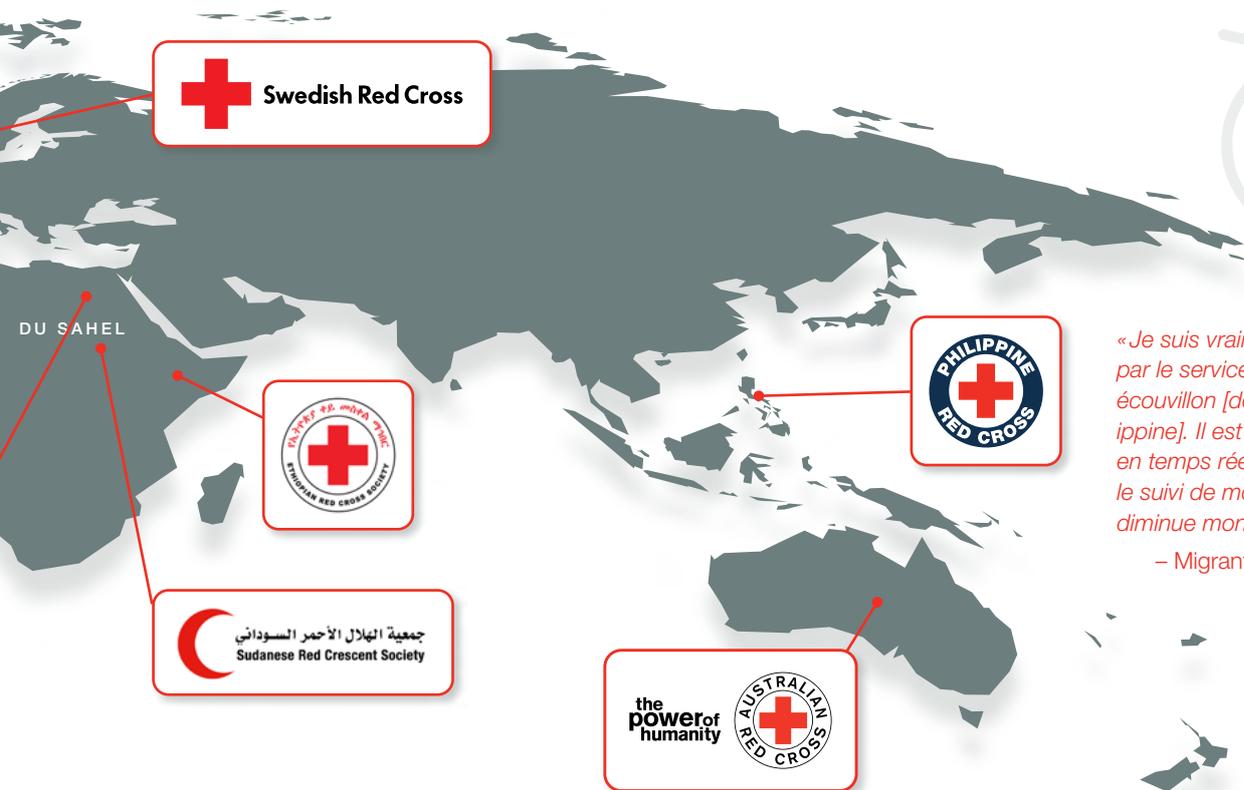
CROIX-ROUGE BRITANNIQUE : De mars à fin novembre 2020, les équipes de soutien aux réfugiés ont aidé 21 748 demandeurs d'asile, réfugiés et migrants avec 159 262 interventions d'assistance individualisée; elles ont fourni une aide directe en espèces à 1 237 personnes et distribué 9 503 colis alimentaires; elles ont également fourni un hébergement d'urgence à 217 personnes; elles ont soutenu 3 806 personnes avec des interventions liées à l'hébergement; elles ont créé un nouveau groupe de soutien par les pairs pour les jeunes réfugiés exclusivement féminin; elles ont enfin traduit les orientations sanitaires du gouvernement dans 60 langues, en collaboration

avec des partenaires. En outre, le Fonds de Secours (Hardship Fund) a été créé par la Société nationale en partenariat avec Aviva et la Fondation Aviva dans l'objectif de fournir une aide financière à court terme aux personnes touchées par la pandémie et n'ayant pas les moyens de subvenir à leurs besoins de base. À compter de novembre 2020, 60 % des 7 226 personnes soutenues étaient des demandeurs d'asile, des réfugiés et des personnes n'ayant pas accès aux fonds publics en raison de leur statut d'immigration.

CROIX-ROUGE COLOMBIENNE : Elle a aidé plus de 525 000 migrants et communautés d'accueil de mars à décembre 2020, fournissant plus de 1 320 000 services médicaux essentiels; elle a fourni des informations sur la prévention et la sensibilisation à la COVID-19 et des kits de dignité et d'hygiène aux communautés de migrants autochtones par le biais d'unités de santé mobiles; elle a entrepris une surveillance de la protection; elle a par ailleurs fourni de l'eau potable, des transferts directs en espèces, une aide au loyer et un soutien psychosocial (y compris par le biais de télésoins); elle crée des espaces adaptés aux enfants et aux jeunes; et elle a enfin injecté des capitaux dans les initiatives individuelles et collectives des migrants touchés par la COVID-19.

SOCIÉTÉ ÉTHIOPIENNE DE LA CROIX-ROUGE : elle a fourni une assistance directe en espèces, des premiers secours psychologiques, un soutien aux moyens de subsistance, une aide à la réintégration, des kits de protection et d'hygiène, un accès à l'information, la restauration des services de liens familiaux, un accès à la santé mentale et au soutien psychosocial; et les principaux services d'orientation et de liaison. Environ 300 migrants de retour ont été pris en charge hebdomadairement d'avril à septembre 2020. Plus de 500 migrants de retour ont reçu une aide en nature et en espèces.





« Je suis vraiment impressionné par le service de prélèvement sur écouvillon [de la Croix-Rouge philippine]. Il est à la fois numérique et en temps réel. Je pourrais effectuer le suivi de mon échantillon, cela diminue mon anxiété. »

– Migrant bloqué aux Philippines

CROISSANT ROUGE ÉGYPTIEN : Il a fourni une assistance directe en espèces aux migrants et aux réfugiés ; il a transféré les activités de moyens d'existence et d'éducation sanitaire en ligne ; il a traduit et diffusé des informations gouvernementales sur la COVID-19 en cinq langues ; il a fourni des bons électroniques par téléphone mobile pour la nourriture et le matériel d'hygiène ; il a produit quatre vidéos différentes en huit langues et 10 messages de sensibilisation à la lutte contre les mythes sur la COVID-19 en cinq langues.

CROIX-ROUGE PHILIPPINE : Elle a fourni des tests de dépistage de la COVID-19, une aide alimentaire et des trousseaux d'hygiène et de dignité dans les hôtels et les installations de quarantaine et dans les ports d'arrivée ; elle a dispensé les premiers soins psychologiques ; elle a créé des espaces adaptés aux enfants ; elle a offert des cartes SIM gratuites pour maintenir la communication ; elle a fourni des références vers des centres de quarantaine et offert un abri temporaire dans la région métropolitaine de Manille. La Société nationale a également mis à jour son application en ligne de bénévolat digital « Virtual Volunteer » qui met des informations vitales directement à la disposition de ceux qui en ont besoin — les migrants potentiels, ceux qui sont loin de chez eux et les membres de la famille des migrants. Elle a été mise à jour avec les informations les plus récentes relatives à la COVID-19, y compris l'emplacement des installations de quarantaine, les avis du gouvernement et les coordonnées des organisations et agences compétentes, dans le but de soutenir les travailleurs migrants à l'étranger et à leur retour aux Philippines.

RÉGION DU SAHEL : Le programme AMiRA dans la région du Sahel en Afrique occidentale — Burkina Faso, Guinée, Mali et Niger — ainsi qu'en Égypte et au Soudan fournit un soutien psychosocial, des soins de santé et des références, ainsi qu'un accès à l'information et une aide aux moyens

d'existence. Les Sociétés nationales de neuf pays du Sahel ont atteint plus de 13 millions de personnes avec des activités de communication concernant les risques et d'engagement communautaire, mobilisant un réseau de plus de 20 000 volontaires de mars à septembre 2020.

SOCIÉTÉ DU CROISSANT ROUGE SOUDANAIS : Dans l'État du Nord, elle a fourni un soutien psychosocial, des premiers soins et des secours alimentaires aux migrants de retour dans des centres d'isolement en quarantaine ; il a élaboré et diffusé des messages de sensibilisation à la COVID-19 dans les dialectes locaux, atteignant 149 129 migrants et membres de la communauté d'accueil ; il a équipé des abris pour les migrants de retour avec des articles d'eau et d'assainissement ; il a distribué des masques faciaux, des désinfectants et des paniers alimentaires à 569 migrants ; et il a fourni une aide directe en espèces à 311 familles de migrants, ainsi qu'un accès à des médicaments et des références pour un soutien en santé mentale.

CROIX ROUGE SUÉDOISE : Elle a élargi et adapté son service de conseil en matière de migration au format numérique ; elle a offert un soutien en ligne et en personne dans six centres de traitement pour les personnes touchées par la guerre et la torture ; elle a facilité l'accès aux soins de santé grâce à sa clinique de référence pour les sans-papiers ; elle a mis en place une ligne téléphonique nationale de prévention contre l'isolement et la solitude et fourni un soutien psychosocial et des informations précises ; elle a fourni une aide alimentaire et d'autres formes de soutien en nature ; elle a diffusé des informations dans différentes langues et s'est entretenue à distance avec des personnes en détention pour migrants. Les agences locales se sont adaptées aux restrictions et recommandations, en gardant les activités sociales et les lieux de rencontre ouverts.

Recommandations

S'appuyant sur les preuves présentées, dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et en préparation des futures urgences sanitaires, les gouvernements, les donateurs et les acteurs du développement et de l'humanitaire devraient écouter et être guidés par les voix, l'expertise et l'expérience des migrants. Il est de la responsabilité première des États de respecter, de protéger et de réaliser les droits humains des migrants, y compris leurs droits économiques et sociaux. Le rapport recommande que les États collaborent avec d'autres parties prenantes dans le but de :

1. Veiller à l'inclusion de l'ensemble des migrants, quel que soit leur statut juridique, dans les interventions locales et nationales face à la COVID-19 qui garantissent l'accès aux services de base, y compris les soins de santé, le logement, l'alimentation, l'eau, les services d'assainissement et d'hygiène, le soutien psychosocial, l'éducation, le soutien d'urgence et les services de protection.
2. S'assurer que tous les migrants, quel que soit leur statut juridique, bénéficient d'un accès efficace à des informations opportunes, précises et fiables relatives à la COVID-19 (et toute future pandémie) dans une langue qu'ils comprennent et par le biais des canaux de diffusion accessibles. Ces informations devraient inclure des mesures de prévention ainsi que les modalités d'accès au dépistage, aux traitements, aux vaccins, ainsi qu'à d'autres soutiens pertinents.
3. Garantir l'inclusion de tous les migrants, quel que soit leur statut juridique, dans les politiques de dépistage, de traitement et de vaccination contre la COVID-19 et dans les stratégies de déploiement, ainsi que leur accès égal aux tests, aux traitements et aux vaccins.
4. Veiller à ce que tous les migrants, quel que soit leur statut juridique, ayant perdu leurs moyens d'existence et n'étant pas en mesure de répondre à leurs besoins fondamentaux soient inclus dans le soutien socio-économique lié à la pandémie (aujourd'hui et à l'avenir).
5. Continuer d'adapter les lois et politiques existantes de manière à garantir un accès inclusif aux services de base et compléter tout changement de politique par des directives opérationnelles et une formation de sensibilisation destinée aux parties prenantes de première ligne afin de garantir la réalisation des droits légaux dans la pratique. Cela comprend l'élimination des obstacles formels empêchant l'accès des migrants aux services, tels que la modification des règles restrictives et/ou les efforts visant à limiter la perte du statut de visa temporaire et à régulariser le statut des personnes sans visa, mais également les obstacles informels, tels que les lacunes en matière d'information, les problèmes linguistiques, ainsi que les frais prohibitifs. En outre, les migrants doivent jouir d'un accès sûr à l'aide humanitaire sans craindre l'arrestation, la détention ou l'expulsion. Dans tous les cas, la considération primordiale doit être le traitement des migrants avec humanité, en tenant compte de leurs vulnérabilités spécifiques et de leurs besoins de protection, et le respect de leurs droits en vertu du droit international.

Conclusion

La recherche confirme que les migrants se heurtent à des conséquences humanitaires importantes en raison de l'exacerbation des obstacles existants — et de l'évolution de nouveaux défis — dans l'accès aux services de base durant la pandémie de COVID-19. Les mesures politiques liées à la COVID-19, tout en visant à améliorer les résultats de santé publique, ont contribué à l'incapacité des migrants à répondre à leurs besoins fondamentaux et à vivre dans la sécurité et la dignité. Les obstacles aux services de base risquent de compromettre les efforts de santé publique. Les interventions d'urgence visant à aider les migrants ont eu tendance à ne pas correspondre aux mesures de soutien destinées aux nationaux ou aux résidents permanents, contribuant à l'exclusion fréquente des migrants des politiques socio-économiques, malgré leur rôle clé dans les efforts de réponse et de rétablissement, étant surreprésentés dans les secteurs durement touchés par la pandémie et étant affectés par les mêmes mesures de prévention et de contrôle que les communautés d'accueil. En effet, la COVID-19 a davantage exposé les barrières systémiques et les inégalités sous-jacentes dans l'accès aux services de base pour les migrants et a élargi les lacunes en matière de soutien, avec des préoccupations croissantes concernant l'inclusion de l'ensemble des migrants par les pays, quel que soit leur statut juridique, dans les politiques de vaccination contre la COVID-19. En reconnaissant que les environnements politiques diffèrent d'un pays à l'autre, la recherche a révélé que les migrants tout au long de leur voyage et dans divers contextes courent des risques accrus de répercussions directes et indirectes du virus et se retrouvent confrontés à des obstacles communs dans l'accès aux services de base, à des degrés divers, en raison des politiques préexistantes et spécifiques à la COVID-19. Les barrières systémiques et historiques n'ont pas disparu, mais ont plutôt été amplifiées dans cette crise mondiale de santé publique, avec de nouveaux défis émergents, qui exposent l'ensemble des migrants à un risque accru d'infection et de transmission de la COVID-19. Les politiques de soutien aux migrants ont été en grande partie réactives et ponctuelles plutôt qu'inclusives dès le départ. Bien que ces mesures soient les bienvenues, elles ne suffisent pas à répondre aux besoins des migrants et ont conduit à des niveaux de soutien discriminatoires, générant des risques pour la santé et la sécurité individuelles et publiques. Il est nécessaire de s'unir dans la politique et la pratique dans l'objectif de garantir un accès équitable et efficace aux services de base — y compris le dépistage, le traitement et les vaccins contre la COVID-19 — pour tous les migrants, quel que soit leur statut juridique. Il y va de l'intérêt de tous.



Annexe 1 - Méthodologie et données démographiques

Pays	Détails supplémentaires sur la méthodologie et les données démographiques de l'échantillon
AUSTRALIE	<p>Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> Enquête en ligne : 1925 réponses valides collectées en deux semaines (9-27 octobre 2020) par le biais de SurveyMonkey en six langues. Un e-mail contenant des liens vers l'enquête dans la langue a été envoyé à 21 904 migrants qui avaient eu accès à au moins un paiement de secours d'urgence de la part de la Croix-Rouge australienne entre avril et septembre 2020 (le taux de réponse à l'enquête était de 8 %). Les gens ont eu la possibilité de répondre au sondage par téléphone plutôt qu'en ligne ; 11 sondages ont été remplis par téléphone. Entretiens semi-structurés : 24 migrants ayant accès aux services de la Croix-Rouge australienne (12 avec des visas temporaires et 12 sans-papiers ont été interrogés). 22 parties prenantes externes de tous les États et territoires ont été interrogées, y compris des prestataires de services, des acteurs humanitaires, des réseaux de migrants, des organisations communautaires et des gouvernements. Groupes de Discussions Dirigés (GDD) Un GDD avec des personnes en possession de visas temporaires et des sans-papiers (30 participants au total). 5 GDD internes avec le personnel et les volontaires de la Croix-Rouge australienne (y compris les agents chargés du dossier, les agents de soutien et la haute direction). <p>Données démographiques des répondants au sondage en ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> Genre : Femme (61 %) ; Homme (39 %). Composition du ménage : Adulte célibataire (72 %) ; Couple (18 %) ; Couple avec enfants (8 %) ; Adulte seul avec enfants (2 %). Pays d'origine : Chine (hors SRAS et Taïwan) (24 %) ; Népal (21 %) ; Philippines (12 %) ; Inde (10 %) ; Thaïlande (7 %) ; Malaisie (4 %) ; Vietnam (4 %) ; Colombie (3 %) ; Sri Lanka (2 %) ; Corée du Sud (1 %) ; autres (13 %). Type de visa : Étudiant international (69 %) ; Visa relais (11 %) ; Diplômé temporaire (8 %) ; Vacances-travail (3 %) ; Autre temporaire (4 %) ; Résident temporaire (employé qualifié) (3 %) ; Visiteur (1 %) ; Résident temporaire (autre employé) (1 %). Nombre d'années en Australie : Moins d'un an (18 %) ; 1 à 3 ans (51 %) ; 3-5 ans (19 %) ; 5-7 ans (7 %) ; plus de 7 ans (5 %). Membre du ménage ayant un handicap : Non (93 %) ; Oui (3 %) ; Incertain (4 %).
COLOMBIE	<p>Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> Une enquête a été élaboré afin de mieux comprendre les répercussions de la pandémie sur les migrants et de valider des hypothèses basées sur des sources secondaires et des données fournies par les opérations de la Croix-Rouge grâce à une approche d'engagement et de responsabilité communautaire de juin à décembre 2020. Le but du sondage était d'évaluer la situation de l'accès aux services pour les migrants dans la Guajira/ Maicao et Vichada, avec un accent particulier sur les services de protection pour les jeunes, l'accès à l'information et les perceptions de stigmatisation. 203 migrants ont été interrogés (avec un accent sur les migrants autochtones, y compris les migrants en transit, les migrants saisonniers et les migrants sans-papiers). Deux GDD ont également eu lieu avec des migrants ayant accès aux services de la Croix-Rouge. <p>Données démographiques des répondants au sondage :</p> <ul style="list-style-type: none"> Genre : Femme (56 %) ; Homme (44 %). Statut migratoire : migrants saisonniers (97 %) ; migrants permanents (2 %) ; migrants transitoires (1 %). Période de résidence : 1 semaine ou moins (3 %) ; 1 mois ou moins (2 %) ; 6 mois ou moins (12 %) ; plus de 6 mois (83 %).

Pays	Détails supplémentaires sur la méthodologie et les données démographiques de l'échantillon
EGYPTE	<p>Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> Des GDD avec des membres des communautés de migrants et de réfugiés et des entretiens approfondis avec des leaders communautaires organisés dans 5 lieux. Toutes les sessions se sont déroulées dans des pôles du Croissant-Rouge égyptien, excepté une, qui s'est tenue dans un pôle géré par une organisation partenaire. Tous les centres se situent dans Le Grand Caire, en Égypte. Les membres des communautés de migrants et de réfugiés ont été invités par l'intermédiaire des coordinateurs des pôles du Croissant-Rouge égyptien et des dirigeants communautaires dans 5 endroits différents. Au total, 10 GDD et 5 entretiens approfondis ont été menés. Les participants n'étaient pas tenus d'avoir eu recours aux services du Croissant-Rouge égyptien pour participer. Chaque GDD comprenait 6 participants, dans le but de garantir l'application des recommandations de distanciation sociale relatives à la COVID-19. Les séances de GDD ont été séparées par sexe et le groupe d'âge a été pris en considération. Le nombre total de personnes ayant participé aux GDD s'élevait à 60, en addition aux 5 leaders communautaires ayant participé aux entretiens approfondis. <p>Informations démographiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> Genre : GDD : Femme (50 %) ; Homme (50 %). Leaders communautaires 2 Hommes, 3 Femmes Âge : 18-25 (17 %) ; 26-40 (49 %) ; 41-60 (32 %). Pays d'origine : Soudan (30 %) ; Syrie (19 %) ; Somalie (19 %) ; Yémen (14 %) ; Soudan du Sud (7 %) ; Éthiopie (5 %) ; Érythrée (5 %) ; Djibouti (2 %). Statut migratoire : Réfugié enregistré (69 %), demandeur d'asile, en attente du résultat de la demande (24 %) ; Migrant (3 %) ; Non enregistré (3 %) Éducation : Enseignement supérieur (41 %), secondaire (24 %) ; Troisième cycle (5 %), primaire (8 %) ; Préparatoire (8 %) ; Professionnel (3 %) en ligne (3 %) ; Analphabète (7 %).
ÉTHIOPIE	<p>Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> Des sources de données primaires et secondaires ont été exploitées en vue de mener l'étude. Les sources primaires comprenaient un sondage quantitatif, des entrevues avec des informateurs clés, une étude de cas et des observations. Des entretiens avec des informateurs clés ont été menés avec 13 membres du personnel du programme, dont la Croix-Rouge éthiopienne, la Croix-Rouge danoise et le CICR. Deux analyses de cas critiques approfondies de migrants accédant au soutien de la Croix-Rouge ont été incluses. Des données primaires quantitatives ont été collectées auprès de 93 migrants de retour recevant un soutien économique et psychosocial des bureaux extérieurs de la Croix-Rouge éthiopienne à Debark et Shirka. <p>Données démographiques des répondants au sondage :</p> <ul style="list-style-type: none"> Genre : Femme (80,6 %) ; Homme (19,4 %). Âge : Moins de 30 ans (83,9 %) ; Plus de 30 ans (16,1 %) Situation matrimoniale : Marié(e) (50,5 %) ; Célibataire (26,9 %) ; Divorcé(e) (17,2 %) ; Séparé(e) (3,2 %) ; Veuf(ve) (2,2 %). Pays/ville de destination : Soudan (55,9 %) ; Arabie saoudite (11,8 %) ; Beyrouth (17,2 %) ; Dubaï (9,7 %) ; Érythrée (1,1 %) ; Koweït (2,2 %) ; Yémen (1,1 %).



Pays	Détails supplémentaires sur la méthodologie et les données démographiques de l'échantillon
PHILIPPINES	<p>Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le chercheur a examiné les politiques et les documents pertinents, a mené une enquête, des GDD ainsi que des entretiens avec des informateurs clés dans les provinces d'Ilo-Ilo, Negros Occidental, Misamis Oriental et Zamboanga del Sur. • Une modalité virtuelle a été utilisée pour le GDD et les entretiens avec les informateurs clés. • L'enquête a été conduite en ligne et en face à face • Des individus bloqués localement, des migrants de retour, des répondants et administrateurs COVID-19 de la Croix-Rouge philippine, des responsables du gouvernement local et des agences d'exécution ont été interrogés. <p>Données démographiques des répondants au sondage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nationalité : Philippine (99 %) ; Autre (1 %). • Genre : Femme (58 %) ; Homme (41,5 %) ; Préfère ne pas répondre (0,5 %) • Âge : L'âge moyen était de 33,9 ans. • Statut migratoire : Migrant interne (74 %) ; Travailleurs philippins d'outre-mer (23 %) ; migrants de retour de Malaisie (3 %). • Principale source de revenus : Employeur privé (47 %) ; Aucun (32 %) ; Indépendant (11 %) ; Gouvernement (7 %) ; Autre (2 %). • La majorité des répondants ont voyagé depuis Luzon (77 %), y compris les travailleurs philippins d'outre-mer bloqués pendant le confinement. L'échantillon comprenait également des individus bloqués localement dans les Visayas (17 %) et dans certaines parties de Mindanao (6 %).
RÉGION DU SAHEL	<p>Les données de ce rapport pour la région du Sahel sont largement basées sur le programme AMiRA et le rapport de la FICR (2020) : Risques et résilience : Explorer les expériences des migrants et des communautés d'accueil pendant la pandémie de COVID-19 en Afrique occidentale. La collecte des données pour le rapport de la FICR s'est déroulée d'août à octobre 2020 et se basait sur trois principaux piliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen documentaire de la recherche existante. • Entretiens avec des informateurs clés à distance avec 59 personnes, ciblant deux groupes : <ul style="list-style-type: none"> - Les acteurs humanitaires de la région, dont 35 membres du personnel de la Croix-Rouge aux niveaux mondial et régional, ainsi que ceux au niveau de la direction des Sociétés nationales en Gambie, en Guinée, au Niger, au Tchad et au Sénégal; 22 représentants d'ONG nationales et internationales et d'agences des Nations Unies chargées de l'application de projets de migration dans les cinq pays ciblés, en addition à quelques répondants sélectionnés ayant une mission régionale plus large - Deux autres informateurs clés d'une université ouest-africaine et un acteur religieux fournissant des services aux migrants. • Collecte de données qualitatives sur le terrain en Guinée et au Niger auprès de 180 personnes, y compris des entretiens avec 20 informateurs clés tels que les autorités locales et les dirigeants communautaires; entretiens avec 16 membres du personnel et partenaires de la Croix-Rouge sur le terrain; et 23 discussions de groupe avec les migrants actuels, les rapatriés et les membres de la communauté d'accueil. <p>Les données secondaires du présent rapport ont également été recueillies auprès de : Bluet, K. et Davy, D. (2020) Accès aux services essentiels pour les personnes en déplacement dans la région de la CEDEAO Un rapport sur les cadres juridiques et les obstacles à la liberté de mouvement, de résidence et d'établissement, et d'accès aux soins de santé, à l'éducation, à l'emploi, au logement et à l'assistance juridique, Groupe Sahel du HCR et de la FICR.</p> <p style="text-align: right;"><i>suite à la page suivante</i></p>

Pays	Détails supplémentaires sur la méthodologie et les données démographiques de l'échantillon
RÉGION DU SAHEL SUITE	<p>Pour le projet d'étude de cas de la Croix-Rouge britannique (CRB) relatif à la Compréhension du <i>Trafic des personnes le long de la route migratoire : une analyse du contexte sahélien avec un accent sur le Burkina Faso</i> (décembre 2020), des informations ont été recueillies grâce à une analyse documentaire de lectures pertinentes, articles, lois et politiques. Cette analyse a été complétée par des entretiens à distance avec des collègues de la Croix-Rouge espagnole, de la Croix-Rouge burkinabè et d'autres organisations internationales, notamment l'OIM et l'UNICEF, pour un total de 9 entretiens. La recherche a été menée de mi-septembre à fin octobre 2020. Le Burkina Faso a été sélectionné comme pays de concentration après que des représentants du BRC aient exprimé leur intérêt et leur volonté de participer à cette évaluation. Des informateurs clés ont été identifiés en coopération avec le point focal du soutien psychosocial et de la protection du BRC, à savoir : 2 assistantes sociales, programme CRB AMiRA, Dori; 1 Coordinateur de terrain, Programme SCRB AMiRA, Ouagadougou; 1 Point Focal PSS/Protection, Programme CRB AMiRA; 1 Protection des groupes vulnérables CRB; 1 Coordonnateur Santé CRB; 1 Coordonnateur du programme AMiRA, Croix-Rouge espagnole; 1 agent de protection OIM Ouagadougou; 1 Spécialiste de la protection de l'enfance, UNICEF Ouagadougou.</p>
SOUDAN	<p>Méthodologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une étude descriptive des communautés de migrants dans l'État du nord du Soudan a été menée, y compris les migrants en situation irrégulière traversant la frontière avec l'Égypte et la Libye; les travailleurs saisonniers; et les personnes déplacées des monts Nuba. • La localité de Dongola a été sélectionnée en raison de la présence du principal centre d'isolement COVID-19 et des centres d'accueil pour les migrants bloqués d'Égypte et les rapatriés de Libye. • La taille de l'échantillon pour le sondage par questionnaire s'élevait à 385. Le questionnaire/sondage concernait les services de santé et de traitement pour les migrants, le rôle du Croissant-Rouge, les impacts de la COVID-19 sur les moyens d'existence des migrants, ainsi que l'accès aux services de base. • Des entretiens avec des informateurs clés ont été menés avec des départements gouvernementaux, des acteurs du Croissant-Rouge, des autorités locales et des migrants (d'Éthiopie, du Soudan du Sud et de personnes déplacées des monts Nuba). • Les données collectées ont été analysées par le biais du programme d'analyse statistique (SPSS). • Des sources secondaires ont également été consultées, notamment les lois sur la migration et les mesures adoptées par le pays et le gouvernement de l'État du Nord, des rapports du Croissant-Rouge soudanais et des rapports du ministère de la Santé sur la COVID-19. <p>Données démographiques des répondants au sondage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genre : Femme (67,3 %); Homme (32,7 %). • Âge : Moins de 30 ans (27,8 %); 30 à 40 (27 %); 40 à 50 (18,6 %); plus de 50 (26,6 %). • Ménage : Marié(e) (83,4 %); Célibataire (16,6 %).



Pays	Détails supplémentaires sur la méthodologie et les données démographiques de l'échantillon
<p>SUÈDE</p>	<p>Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collecte de données qualitatives primaires, comprenant 33 entretiens et 6 groupes de discussion dirigés. • Les questions utilisées dans les entretiens et les groupes de discussion étaient semi-structurées et les données collectées ont été utilisées de manière inductive afin d'évaluer l'impact de la COVID-19 sur les migrants et les opérations de la Croix-Rouge suédoise. • En raison de la pandémie et des restrictions de voyage qui en découlent, des entretiens et des groupes de discussion ont eu lieu sur la plateforme numérique Microsoft Teams. • Les groupes de discussion numériques comptaient un total de 19 participants dans, y compris des bénévoles dans les succursales locales, du personnel dans des domaines spécifiques d'opérations, ainsi que des gestionnaires de centres de traitement. • 11 entretiens ont eu lieu avec des collègues de la Croix-Rouge suédoise de divers départements. • 23 entretiens ont été menés avec des migrants — 12 ont eu lieu en coordination avec un service de soins de la Croix-Rouge suédoise ; 4 se sont déroulés en personne dans une antenne locale de la Croix-Rouge suédoise ; 4 ont été conduits dans un logement avec des demandeurs d'asile ; et 3 entretiens téléphoniques. • Les recherches universitaires pertinentes et en cours dans le domaine de la santé publique et les informations tirées de rapports publiés antérieurement par la Croix-Rouge suédoise ont été examinées.
<p>ROYAUME-UNI</p>	<p>Les informations contenues dans ce rapport s'appuient sur les résultats de la collection suivante de recherches primaires, de données accessibles au public, de connaissances opérationnelles et d'évaluations rassemblées par la Croix-Rouge britannique (CRB). Ceci comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des témoignages de première main partagés par six membres du réseau VOICES — un réseau de personnes jouissant d'une expérience directe de la demande d'asile au Royaume-Uni qui s'expriment pour changer les politiques et les pratiques. • Un travail de terrain qualitatif primaire, y compris 2 GDD et 5 entretiens approfondis menés sur la plateforme numérique Zoom avec des participants de diverses zones soumises à des restrictions locales supplémentaires de juillet à décembre 2020. • Des informations qualitatives et quantitatives des services de première ligne de la CRB, y compris les services de soutien aux réfugiés et de rétablissement des liens familiaux dans les quatre nations du Royaume-Uni. • Des sources de données publiques, y compris les statistiques d'immigration du ministère de l'Intérieur du Royaume-Uni, les statistiques de la violence domestique du Bureau des statistiques nationales et les données relatives aux sans-domiciles fixes publiées par l'Association des gouvernements locaux • Des perspectives et des recherches pertinentes de partenaires du secteur statutaire et bénévole au Royaume-Uni.

Annexe 2 - Politiques clés liées à la COVID-19 et statistiques sur les migrations dans les pays de recherche

AUSTRALIE	
Statistiques migratoires	7,7 millions de migrants (30,1 % de la population) ⁹¹
Contexte COVID-19 (à partir du 24 janvier 2021)	Premier cas de COVID-19 confirmé le 25 janvier 2020 28 761 cas 909 décès ⁹²
Mesures générales de santé publique et politiques relatives à la COVID-19 (applicables à l'ensemble de la population dans le pays)	<ul style="list-style-type: none"> - Interdiction de voyage à l'international - Restrictions de voyage internes - Mesures de confinement, y compris la fermeture de certains lieux commerciaux, espaces publics et entreprises, restrictions de mouvement et de rassemblements - Distanciation physique en place - Quarantaine hôtelière obligatoire pour les arrivées à l'étranger pour une durée de 14 jours, à l'exception des voyageurs en provenance de Nouvelle-Zélande⁹³ - Imposition du masque dans certains endroits - La résurgence régionale de la COVID-19 a déclenché un nouveau confinement à Melbourne de juillet à septembre 2020 - En novembre 2020, l'Australie du Sud a mis en place un confinement immédiat et strict pendant trois jours en réponse à la propagation d'un cluster communautaire - En décembre 2020, une épidémie à Sydney a conduit à un durcissement des restrictions
Sélection des mesures politiques spécifiques à l'accès (ou à son absence) des migrants aux services de base et au soutien (y compris les mesures spécifiques à la COVID-19)	<ul style="list-style-type: none"> - Les migrants munis de visas temporaires sont largement exclus des programmes classiques de soutien du revenu relatif à la COVID-19 (y compris ceux liés à JobKeeper⁹⁴ et JobSeeker⁹⁵). - Changements de politique au niveau de l'état et du territoire pour le dépistage et le traitement gratuits de la COVID-19; ⁹⁶ pour tous, quel que soit leur statut. - Paiements de secours d'urgence limités disponibles pour certains migrants titulaires de visas temporaires et les migrants sans-papiers (soutenus par les gouvernements fédéraux, des États et des territoires). - Les migrants munis de visas temporaires et les migrants sans-papiers sont largement inéligibles au programme de santé publique (Medicare). - Amendements à certaines conditions de visa afin d'éviter la situation irrégulière des migrants et d'aider les personnes à continuer à travailler dans des secteurs clés; ⁹⁷ et prolongation du nombre total d'heures de travail autorisées pour les étudiants dans des secteurs clés, notamment les soins de santé.⁹⁸ - Concessions COVID-19 pour certaines classes de visas temporaires.⁹⁹ - Flexibilité dans la détermination de la conformité des visas pour les étudiants internationaux.¹⁰⁰ - Moratoires temporaires sur les expulsions (en fonction de l'État/du territoire) et inclusion des migrants dans l'éligibilité à certains programmes d'aide au logement en cas de crise, ou d'allègement du loyer (selon l'État de résidence) - Inclusion de certains migrants munis de visas temporaires dans les paiements des congés en cas de pandémie.¹⁰¹ - Vaccin contre la COVID-19 gratuit pour tous les titulaires de visa.¹⁰²



COLOMBIE

Statistiques migratoires	1,9 million de migrants (3,7 % de la population) ¹⁰³
Contexte COVID-19 (à partir du 24 janvier 2021)	Premier cas COVID-19 le 6 mars 2020 1 987 418 cas 56 586 décès ¹⁰⁴
Mesures générales de santé publique et politiques relatives à la COVID-19 (applicables à l'ensemble de la population dans le pays)	<ul style="list-style-type: none"> - État d'urgence déclaré le 17 mars 2020 - La quarantaine a commencé du 25 mars au 1er septembre 2020 - Interdiction de voyage à l'international - Restrictions de voyage internes - Mesures de confinement, y compris la fermeture de certains lieux commerciaux, espaces publics et entreprises, restrictions de mouvement et de rassemblements et distanciation physique en place
Sélection des mesures politiques spécifiques à l'accès (ou à son absence) des migrants aux services de base et au soutien (y compris les mesures spécifiques à la COVID-19)	<ul style="list-style-type: none"> - Le décret 330 (2001) du ministère de la Santé et de la Protection sociale autorise et accorde un statut juridique à la création d'entités autochtones de promotion de la santé. - La loi 992 (2005) « Accord pour le développement intégral et l'assistance de base des peuples autochtones Wayuu de la République de Colombie et de la République du Venezuela » établit une collaboration sur des plans de développement conjoints afin d'améliorer les conditions de vie des peuples autochtones Wayuu situés dans les zones adjacentes à la frontière Colombie-Venezuela et situées de part et d'autre de cette dernière. - La résolution 1272 (2017) de l'Unité administrative spéciale pour les migrations en Colombie a mis en œuvre le permis spécial de séjour (PEP) à destination des migrants vénézuéliens. - La circulaire commune n° 16 (2018) permet aux enfants migrants de s'inscrire dans le système éducatif national, qu'ils aient ou non les documents requis. - L'arrêt T210 (2018) de la Cour circulaire a confirmé le droit à la santé, indépendamment du statut. - Le décret 117 (28 janvier 2020) concerne la régularisation des migrants en Colombie (Permis de séjour spécial pour la promotion de la formulation — PEPFF) et accorde une autorisation spéciale de séjour pour les migrants vénézuéliens appuyés par un employeur. - La résolution 285 (12 mars 2020) du ministère de la Santé et de la Protection sociale a déclaré une urgence sanitaire dans tout le pays et a encouragé les gouvernements locaux à prendre des mesures de prévention et de contrôle afin de minimiser les risques de contagion parmi les migrants. - La circulaire 015 (13 mars 2020) du ministère de la Santé et de la Protection sociale comprenait des recommandations spécifiques pour lutter contre les risques de COVID-19 parmi les groupes autochtones, y compris l'isolement préventif obligatoire. - Accès au vaccin COVID-19 — Le gouvernement a annoncé un plan de régularisation des migrants et des réfugiés du Venezuela en accordant un statut de protection temporaire d'une durée de 10 ans, ce qui contribuera à faciliter l'accès aux vaccins, y compris pour les migrants sans-papiers.

ÉGYPTE

Statistiques migratoires	543900 millions de migrants (0,5 % de la population) ¹⁰⁵
Contexte COVID-19 (à partir du 24 janvier 2021)	Premier cas de COVID-19 confirmé le 14 février 2020 161 143 cas 8902 décès ¹⁰⁶
Mesures générales de santé publique et politiques relatives à la COVID-19 (applicables à l'ensemble de la population dans le pays)	<ul style="list-style-type: none">- Interdiction de voyage à l'international- Couvre-feu partiel en place- Transports publics fermés- Mesures de confinement, restrictions de mouvement et distanciation physique en place- Imposition du masque dans certains endroits
Sélection des mesures politiques spécifiques à l'accès (ou à son absence) des migrants aux services de base et au soutien (y compris les mesures spécifiques à la COVID-19)	<ul style="list-style-type: none">- Développement des services de santé dans le but de garantir l'inclusion des migrants et des réfugiés enregistrés dans le dépistage et le traitement de la COVID-19.- Retours temporairement interrompus (pas de déportations).- Prolongation exceptionnelle des visas expirés et des permis de séjour délivrés par le gouvernement ; les migrants sont autorisés à utiliser des documents périmés pour accéder à certains services ; les personnes sont autorisées à renouveler leurs visas sans pénalité ni amendes (y compris les personnes en possession d'un visa touristique ou d'un permis de séjour expiré).- Logement temporaire financé par le gouvernement pour les femmes réfugiées victimes de violence domestique.- Création d'un fonds gouvernemental pour les travailleurs touchés par la perte d'emploi due à la pandémie, qui exclut cependant les travailleurs migrants.- Vaccin contre la COVID-19 gratuit pour tous les citoyens égyptiens.



ÉTHIOPIE

Statistiques migratoires	1,1 million de migrants (0,9 % de la population) ¹⁰⁷
Contexte COVID-19 (à partir du 24 janvier 2021)	Premier cas de COVID-19 confirmé le 14 mars 2020 133 298 cas 2 063 décès ¹⁰⁸
Mesures générales de santé publique et politiques relatives à la COVID-19 (applicables à l'ensemble de la population dans le pays)	<ul style="list-style-type: none"> - État d'urgence déclaré du 8 avril à début septembre 2020 - Interdictions de voyager à l'étranger avec mise en quarantaine obligatoire à l'arrivée - Restrictions de voyage internes - Transports publics fermés - Fermeture de certaines entreprises commerciales, écoles, interdictions de rassemblements publics et mesures de distanciation sociale
Sélection des mesures politiques spécifiques à l'accès (ou à son absence) des migrants aux services de base et au soutien (y compris les mesures spécifiques à la COVID-19)	<ul style="list-style-type: none"> - Interdiction des licenciements par les employeurs du secteur privé. - L'Administration des affaires des réfugiés et des rapatriés et l'Agence nationale de gestion des risques de catastrophe apportent un soutien aux migrants de retour.

PHILIPPINES

Statistiques migratoires	225 500 millions de migrants (5 % de la population) ¹⁰⁹
Contexte COVID-19 (à partir du 24 janvier 2021)	Premier cas de COVID-19 confirmé le 30 janvier 2020 511 679 cas 10 190 décès ¹¹⁰
Mesures générales de santé publique et politiques relatives à la COVID-19 (applicables à l'ensemble de la population dans le pays)	<ul style="list-style-type: none"> - Déclaration de mise en quarantaine communautaire renforcée de mars à juillet 2020 - Restrictions des voyages internes et internationaux - Mesures de confinement, y compris la fermeture d'entreprises et d'écoles - Respect des protocoles sanitaires (port de masque, mise en quarantaine obligatoire, etc.)
Sélection des mesures politiques spécifiques à l'accès (ou à son absence) des migrants aux services de base et au soutien (y compris les mesures spécifiques à la COVID-19)	<ul style="list-style-type: none"> - Création du Groupe de travail national contre la COVID-19 et élaboration de directives opérationnelles sur la gestion des personnes bloquées localement (LSI). - Soutien fourni aux LSI — y compris les travailleurs migrants internes, les travailleurs philippins rapatriés à l'étranger et les migrants étrangers — incluant la nourriture, les soins de santé, les abris temporaires et le transport. - La loi de la République 8042 ou la loi de 1995 relative aux travailleurs migrants et aux Philippines d'outre-mer insiste sur le fait que l'État doit à tout moment faire respecter la dignité de ses citoyens, que ce soit dans le pays ou à l'étranger.

RÉGION DU SAHEL

Statistiques migratoires 7,6 millions de migrants en Afrique occidentale¹¹¹

Contexte COVID-19
(à partir du 24 janvier 2021)
Premier cas de COVID-19 en février 2020 au Nigéria.
209912 cas¹¹³
3434 décès¹¹³

Mesures générales de santé publique et politiques relatives à la COVID-19
(applicables à l'ensemble de la population dans le pays)

- Les gouvernements du Burkina Faso, de la Guinée, du Mali et du Niger ont fermé les frontières et imposé des couvre-feux et la fermeture des espaces publics (y compris les lieux de culte, les établissements d'enseignement, le secteur de l'hôtellerie)
 - Restrictions de mouvement et arrêt des transports entre les villes au Burkina Faso
 - Rassemblement de personnes limitées, de 20 personnes en Guinée à un maximum de 50 personnes au Mali
 - Masque obligatoire dans les espaces publics dans de nombreux pays, comme la Guinée et le Nigéria
 - Heures de travail officielles restreintes au Mali
-

Sélection des mesures politiques spécifiques à l'accès (ou à son absence) des migrants aux services de base et au soutien (y compris les mesures spécifiques à la COVID-19)

- Les mouvements internes au sein de la région du Sahel sont réglementés par le Protocole de 1979 de la CEDEAO sur la libre circulation des personnes et le droit de résidence et d'établissement, qui permet aux citoyens des 15 États membres de la CEDEAO de se déplacer sur le territoire du bloc¹¹⁴, mais en réalité, beaucoup connaissent des difficultés telles que l'extorsion, la corruption et la violence verbale et physique.
 - Au Niger, l'application de la loi 036/2015¹¹⁵ a constitué un obstacle pour les sans-papiers
 - Les migrants en situation irrégulière dépendent souvent des passeurs, car ils sont juridiquement vulnérables et (en dehors de la CEDEAO) peuvent avoir des droits d'accès limités aux services.
-

SOUDAN

Statistiques migratoires 1,4 million de migrants (3,19 % de la population)¹¹⁶

Contexte COVID-19
(à partir du 24 janvier 2021)
Premier cas de COVID-19 confirmé le 23 mars 2020
28233 cas
1707 décès¹¹⁷

Mesures générales de santé publique et politiques relatives à la COVID-19
(applicables à l'ensemble de la population dans le pays)

- Confinement partiel, mesures de distanciation physique, recherche des contacts, mise en quarantaine et isolement pendant six mois.
 - La deuxième vague de novembre 2020 a entraîné des restrictions sur les jours de travail du personnel du gouvernement, évitant aux travailleurs vulnérables d'aller travailler
 - Certaines universités ont fermé leurs portes
 - Mesures d'hygiène sanitaires encouragées, y compris le port de masques
-

Sélection des mesures politiques spécifiques à l'accès (ou à son absence) des migrants aux services de base et au soutien (y compris les mesures spécifiques à la COVID-19)

- Le vaccin COVID-19 doit être accessible aux groupes à haut risque, y compris les personnes déplacées et les personnes en quête d'asile.
-



SUÈDE

Statistiques migratoires	2 millions de migrants (19,8 % de la population) ¹¹⁸
Contexte COVID-19 (à partir du 24 janvier 2021)	Premier cas de COVID-19 confirmé le 31 janvier 2020 547 166 cas 11 005 décès ¹¹⁹
Mesures générales de santé publique et politiques relatives à la COVID-19 (applicables à l'ensemble de la population dans le pays)	<ul style="list-style-type: none"> - Restrictions de voyage - Mesures de distanciation physique relatives à un éventail de situations telles que les rassemblements publics et privés, les transports publics, les entreprises, - Fermetures d'écoles secondaires et d'universités (migration en ligne) - Recommandations générales pour l'Office suédois des migrations, l'Agence suédoise de probation et le Conseil national suédois des soins institutionnels (s'occupant des personnes privées de liberté)¹²⁰
Sélection des mesures politiques spécifiques à l'accès (ou à son absence) des migrants aux services de base et au soutien (y compris les mesures spécifiques à la COVID-19)	<ul style="list-style-type: none"> - La loi sur les maladies transmissibles (2004 : 168) régleme la réponse aux flambées et aux menaces d'épidémies de maladies contagieuses et couvre le dépistage et le traitement de la COVID-19. - Loi sur les étrangers (2005 : 716). - Loi sur la limitation temporaire de la possibilité d'obtention d'un permis de séjour en Suède, 2016 : 752 (prorogée le 20 juillet 2019 [2019 : 481]). - Loi sur l'accueil des demandeurs d'asile et autres (1994 : 137). - Loi suédoise sur les services sociaux (SFS, 2001). - Loi sur les soins de santé pour les demandeurs d'asile et al. (SFS 2008 : 344) — Les demandeurs d'asile ont droit à des soins médicaux et dentaires d'urgence et des soins de santé « ne pouvant être différés ou reportés » ; ils ont également droit à des soins d'accouchement, des soins d'avortement, des conseils en matière de contraception, ainsi que des soins de maternité. - Les enfants et les jeunes de moins de 18 ans demandant l'asile ont droit aux mêmes soins de santé et dentaires que les enfants résidant en Suède. - Loi sur les soins de santé pour certains étrangers en Suède sans papiers (SFS 2013 : 407) — Les migrants sans-papiers de plus de 18 ans ont droit à des soins de santé et à des soins médicaux et dentaires ne pouvant être différés. Les migrants sans-papiers de moins de 18 ans doivent être signalés. - Soutien financier prolongé aux entreprises nouvellement créées, parmi lesquelles les entreprises gérées par des immigrants sont surreprésentées. - Vaccin contre la COVID-19 gratuit pour l'ensemble des résidents suédois. L'Association suédoise des collectivités locales et des régions (SALAR) recommande l'inclusion de toutes les personnes qui vivent ou résident en permanence en Suède.¹²¹

ROYAUME-UNI

Statistiques migratoires

9,4 millions de migrants (18,8 % de la population)¹²²

Contexte COVID-19

(à partir du 24 janvier 2021)

Premier cas de COVID-19 confirmé le 31 janvier 2020

3 617 463 cas

97 329 décès¹²³

Mesures générales de santé publique et politiques relatives à la COVID-19

(applicables à l'ensemble de la population dans le pays)

- Mesures de confinement, y compris la fermeture d'établissements de divertissements, d'hôtels, d'entreprises non essentielles, d'écoles
 - Mesures de distanciation physique
 - Le 10 mai, le gouvernement a établi une feuille de route visant à faciliter le confinement en Angleterre (l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord ont des règles distinctes).
 - La deuxième vague a conduit à un deuxième confinement à l'échelle nationale le 5 novembre.¹²⁴
-

Sélection des mesures politiques spécifiques à l'accès (ou à son absence) des migrants aux services de base et au soutien (y compris les mesures spécifiques à la COVID-19)

- Les prestations sociales de base du crédit universel ont augmenté de 20 £ par semaine ; mais le soutien en matière d'asile a initialement augmenté de 1,75 £/semaine.
 - Programme de maintien de l'emploi contre le coronavirus et programme de soutien du revenu des travailleurs indépendants (n'inclut pas tous les migrants et les demandeurs d'asile).
 - Le ministère de l'Intérieur a annoncé une suspension de 3 mois pour les expulsions centres d'accueil pour asile, reconnaissant les risques de sans-abrisme et de dénuement.
 - Financement du programme « Tout le monde à l'intérieur » visant à héberger toutes les personnes dormant dans la rue pendant la pandémie — incluant les migrants.
 - Interdiction des expulsions de logements privés en location.
 - Financement pour les autorités locales afin de fournir une assistance en espèces pour le bien-être local, l'approvisionnement alimentaire d'urgence et d'autres besoins essentiels.
 - Le vaccin gratuit contre la COVID-19 est en cours de déploiement pour tous les résidents, y compris les migrants, mais les obstacles existants à l'enregistrement d'un médecin et les craintes de partage de données entre les services de santé et les forces de l'ordre en matière d'immigration n'ont pas été abordés.
-



Notes de fin

- La FICR a volontairement opté pour une définition large du terme migrants, définis comme suit : « Les personnes qui quittent ou fuient leur résidence habituelle pour se rendre dans de nouveaux endroits — généralement à l'étranger — en quête de possibilités ou de perspectives meilleures et plus sûres. La migration peut être volontaire ou involontaire, mais, la plupart du temps, elle procède d'un mélange de choix et de contraintes. Par conséquent, elle englobe les travailleurs migrants, les migrants apatrides et les migrants jugés en situation irrégulière par les autorités. Elle concerne aussi les réfugiés et les demandeurs d'asile, nonobstant le fait qu'ils constituent une catégorie spéciale au regard du droit international et que le droit international des réfugiés énonce des protections et des droits spécifiques pour ceux qui relèvent de son champ d'application. » Politique de la FICR relative à la migration (2009)
- Aux fins de la recherche, les services de base comprennent ceux considérés comme essentiels pour le bien-être et la dignité des migrants tels que, mais sans s'y limiter, l'accès aux soins de santé, y compris le dépistage, le traitement et le vaccin contre la COVID-19; l'accès à des informations opportunes, fiables et adaptées à la culture; l'abri; l'alimentation; les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène; les moyens de subsistance et le soutien du revenu; ainsi que les services de protection.
- Pour plus d'informations, consultez la page Web du CICR relative à la COVID-19 et à la détention.
- Pour plus d'informations, consulter : CICR (2020), *Recommendations on Including Camps and Camp-Like Settings in the Response to COVID-19 Pandemic* (Recommandations sur l'inclusion des camps et des environnements similaires dans l'intervention face à la pandémie de COVID-19)
- Pour plus d'informations, consulter : CICR (2020), *Note sur la protection des migrants face à la pandémie de COVID-19*; CICR (2020) *Protection of Family Links during COVID-19* (Protection des liens familiaux pendant la COVID-19 — étant donné que la séparation des familles et le regroupement familial sont des questions particulièrement pertinentes pour les enfants migrants); CICR (2020), *La COVID-19 et le droit international humanitaire* (fait référence aux migrants, aux demandeurs d'asile et aux réfugiés, ainsi qu'aux enfants et à l'éducation).
- FICR (2020), *Least Protected, Most Affected : Migrants and refugees facing extraordinary risks during the COVID-19 pandemic* (Les moins protégés, les plus touchés : Les migrants et les réfugiés confrontés à des risques extraordinaires pendant la pandémie de COVID-19)
- Le CICR n'a fourni aucune information obtenue dans le cadre de son dialogue bilatéral et confidentiel avec les autorités.
- Les personnes bloquées localement sont définies comme : toute personne, qu'il s'agisse de ressortissants étrangers ou de citoyens philippins d'une localité spécifique des Philippines ayant exprimé leur intention de retourner dans leur lieu de résidence/d'origine. Ils pourraient être classés comme (i) travailleurs locaux philippins; (ii) étudiants; (iii) touristes locaux ou étrangers; (iv) personne bloquée dans diverses localités au cours de son transit; et (v) autres individus bloqués (Gouvernement des Philippines, Groupe de travail national contre la COVID-19 2020-02, p. 2).
- L'action de la Croix-Rouge britannique en faveur des migrants : Le programme d'assistance basée sur l'itinéraire (AMiRA) vise à faciliter l'accès aux services de base et le respect des droits des migrants le long des routes migratoires, à travers la fourniture d'une assistance humanitaire, d'un soutien sanitaire de base, de moyens d'existence, d'un soutien psychosocial, de protection, d'information et de sensibilisation.
- Bluet, K. et Davy, D. (2020) *Access to essential services for people on the move in the ECOWAS Region : A report on legal frameworks and barriers to freedom of movement, residence and establishment, and access to healthcare, education, employment, housing and legal assistance*, (Accès aux services essentiels pour les personnes en déplacement dans la région de la CEDEAO : Un rapport sur les cadres juridiques et les obstacles à la liberté de mouvement, de résidence et d'établissement, et d'accès aux soins de santé, à l'éducation, à l'emploi, au logement et à l'assistance juridique), Groupe Sahel du HCR et de la FICR.
- FICR (2020) *Risks and Resilience : Exploring migrants' and host communities' experiences during the COVID-19 pandemic in West Africa* (Risques et Résilience : Explorer les expériences des migrants et des communautés d'accueil pendant la pandémie de COVID-19 en Afrique occidentale). À venir
- En savoir plus sur le réseau VOICES ici.
- UNDESA (2020), *Migration internationales 2020 : Principaux résultats*.
- ODI (2020) *Key workers : Migrants' contributions to the COVID-19 response*. (Travailleurs clés : contributions des migrants à la réponse COVID-19).
- ONU Info (2020) « L'impact de la COVID-19 pourrait causer l'équivalent de 195 millions de pertes d'emplois, selon le Directeur général de l'OIT », Nations Unies, 8 avril.
- Sayeh, Antoinette et Chami, Ralph (2020) « Lifelines in Danger : The COVID-19 pandemic threatens to dry up a vital source of income for poor and fragile countries » (Lignes de vie en danger : La pandémie de la COVID-19 menace de tarir une source vitale de revenus pour les pays pauvres et fragiles) *Finance et Développement*, Juin, Vol. 57:2.
- OCDE (2021), « Perspectives économiques de l'OCDE — Toutes les éditions », *Perspectives économiques de l'OCDE : Statistiques et Projections* (base de données). Consulté le 11 janvier 2021.
- UNDESA (2019), « Le nombre de migrants internationaux atteint 272 millions, poursuivant une tendance à la hausse dans toutes les régions du monde, selon l'ONU », 19 septembre.
- Institut mondial McKinsey (2016), *Global Migration's Impact and Opportunity* (Impact et opportunité de la migration mondiale).
- Nations Unies (2020) *Note de synthèse : La COVID-19 et les personnes en situation de déplacement*. 4 juin.
- OIT (2018) « Les nouveaux chiffres de l'OIT montrent que 164 millions de personnes sont des travailleurs migrants », 5 décembre.
- KNOMAS (2020) *Migration and Development Brief 33 : Phase II : COVID-19 Crisis through a Migration Lens*. (Note de synthèse 33 sur la migration et le développement : Phase II : La crise de la COVID-19 à travers une lentille de migration.)
- Banque mondiale (2020) « La pandémie de COVID-19 risque d'entraîner 150 millions de personnes supplémentaires dans l'extrême pauvreté d'ici 2021 », 7 octobre.
- OCDE (2020) « Quel impact a eu la pandémie de la COVID-19 sur les immigrés et leurs enfants ? », 19 octobre
- OIM (2020), COVID-19 : Rapport sur les restrictions de mobilité, 26 octobre.
- HCR (2020) « Le nombre des personnes déracinées dépasse les 80 millions à la mi-2020, alors que la pandémie de COVID-19 met en péril la protection des réfugiés à travers le monde », 9 décembre.
- L'Université d'Oxford exploite le site Internet « Our World in Data ». Consultez les données sur les politiques de dépistage ici.
- Moloney, Anastasia et Bhalla, Nita (2021), « Analysis : "Invisible" migrants risk being last in line for COVID-19 vaccination » (Analyse : les migrants « invisibles » risquent d'être les derniers à se faire vacciner contre la COVID-19), *Reuters*, 22 janvier.
- Voice of Guanacaste (2021), « Je suis immigré au Costa Rica. Puis-je me faire vacciner contre la COVID-19 ? » 7 janvier.
- Pour plus d'informations, consulter la cartographie des politiques européennes de vaccination contre la COVID-19 par la plateforme pour la coopération internationale pour les migrants sans-papiers (PICUM) ici. Consulté le 10 février 2021.
- Arab News (2021), « Les réfugiés turcs seront-ils vaccinés contre coronavirus ? », 24 janvier.
- Mavinga, D. (2021), « Assurer une distribution équitable du vaccin COVID-19 en Afrique du Sud », Human Rights Watch, 3 février.
- Valdinoci, Francesca (2021), « Les Australiens obtiendront le vaccin COVID-19 gratuitement, mais ces détenteurs de visa devront peut-être payer », SBS, 19 January.
- Consulter le communiqué de presse suivant publié par le ministère de la Santé du gouvernement australien le 4 février 2021 : « Meilleur accès — 10 millions de vaccins Pfizer-BioNTech supplémentaires ».
- The Local* (2020) « COVID-19 : Quelle est la liste des priorités de la Suède pour le vaccin ? », 9 décembre
- Zaineldine, Amina (2020), « Le gouvernement égyptien va lancer le site Internet de réservation de vaccins contre la COVID-19 », *Egyptian Streets*, 16 December.
- Walden, Max (2021), « Le Premier ministre de Singapour, Lee Hsien Loong, reçoit le vaccin Pfizer-BioNTech contre le coronavirus », *ABC News*, 9 janvier.

38. Gulf News (2020), « COVID-19 : 27 centres médicaux à Bahreïn pour vacciner 10000 personnes par jour », 11 décembre.
39. Berger, Miriam (2021) « Des dizaines de pays n'ont aucun plan pour vacciner les réfugiés. Cela pourrait mettre tout le monde en danger », *Washington Post*, 2 février.
40. Daniels, Joe Parkin (2020) « Craintes concernant l'intention de la Colombie d'exclure les migrants du vaccin contre le coronavirus », *The Guardian*, 22 décembre.
41. HCR et OIM (2021), « Le HCR et l'OIM saluent la décision de la Colombie de régulariser les réfugiés et migrants vénézuéliens », 8 février.
42. Institut national de la santé publique et de l'environnement, Directives de mise en œuvre de la vaccination contre la COVID-19, ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, gouvernement des Pays-Bas. Consulté le 27 janvier 2021.
43. Al-Arshani, Sarah et Snodgrass Erin (2021) « La Jordanie est l'un des premiers pays à vacciner les réfugiés contre la COVID-19 », *MSN News*, 16 janvier.
44. Human Rights Watch (2021), « Liban : Des lacunes subsistent dans la planification des programmes de vaccination », 28 janvier.
45. Thevenot, Shelby et Miekus, Alexandra (2021), « Coronavirus vaccines will be available to immigrants in Canada », *CIC News*, 22 January.
46. Dabanga (2020) « Le Soudan fournira 8,4 millions de vaccins contre la COVID-19 » 16 décembre.
47. Agence Anadolu (2020) « Le vaccin doit être un bien public mondial : Leader philippin », 22 septembre.
48. Reuters (2021), « La Malaisie propose des vaccins contre la COVID-19 aux résidents étrangers et aux migrants sans-papiers », 11 février.
49. Georgiopoulou, Tania (2021), « Sans-abri, migrants, Roms sans accès à la vaccination COVID-19 », *Ekathimeri*, 18 janvier.
50. Consultez la page Internet du gouvernement britannique, Droits du service national de santé (NHS) : guide de santé des migrants. Consulté le 30 janvier 2021.
51. OIM (2021), « L'OIM salue l'inclusion des migrants dans le déploiement du vaccin contre la COVID-19 aux États-Unis », 22 janvier.
52. Voir : Sanchez-Guerra, Aaron et Kasakove Sophie (2021), « La Caroline du Nord ne vérifie pas le statut d'immigration lorsqu'elle propose le vaccin contre la COVID-19, mais les résidents ont des craintes », *News and Observer*, 23 janvier et Abdelaziz, Rowaida (2021), « La peur de l'expulsion empêche les migrants sans-papiers de se faire vacciner », *Huffington Post*, 20 janvier.
53. L'Université d'Oxford exploite le site Internet « Our World in Data ». Consultez les données de l'Indice de Figueur du gouvernement ici.
54. Mécanisme de suivi du FMI pour les politiques relatives à la COVID-19 — C Consulté le 29 décembre 2020.
55. Conseil international pour la science (2020) Suivi de l'élaboration des politiques relatives à la COVID-19 en Égypte Consulté le 29 décembre 2020.
56. Mécanisme de suivi du FMI pour les politiques relatives à la COVID-19 — E Consulté le 29 décembre 2020.
57. OIM (2020), « Le gouvernement éthiopien accorde des subventions en espèces à des milliers de migrants de retour en raison de la COVID-19 », 10 septembre.
58. Mécanisme de suivi du FMI pour les politiques relatives à la COVID-19 - P Consulté le 29 décembre 2020.
59. Mécanisme de suivi du FMI pour les politiques relatives à la COVID-19 — S Consulté le 29 décembre 2020.
60. H.N. Altayb, N.M.E. Altayeb, Y. Hamadani, M. Elsayid, N.E. Mahmoud (2020), The current situation of COVID-19 in Sudan, *New Microbes and New Infections* (La situation actuelle de la COVID-19 au Soudan, *nouveaux microbes et nouvelles infections*), Volume 37, 2020, 100746, ISSN 2052-2975, <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2020.100746>.
61. Atit, Michael (2020) « Le Soudan envisage un verrouillage total avec une recrudescence des cas de COVID », *Voice of America*, 20 novembre.
62. Mécanisme de suivi du FMI pour les politiques relatives à la COVID-19 — S Consulté le 29 décembre 2020.
63. Tableau de bord COVID-19 de l'Université John Hopkins : <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Consulté le 15 décembre 2020.
64. Mécanisme de suivi du FMI pour les politiques relatives à la COVID-19 — U Consulté le 29 décembre 2020.
65. De nombreuses personnes au Royaume-Uni qui ont un statut d'immigration précaire ou qui sont « soumises au contrôle de l'immigration », comme le prévoit l'article 115 de la loi de 1999 sur l'immigration et l'asile, ne peuvent accéder aux fonds publics, y compris les prestations sociales, le logement et l'aide aux sans-abris de la part des pouvoirs publics et, dans certains cas, les soins de santé secondaires. Les personnes dans cette situation sont décrites comme n'ayant « aucun recours aux fonds publics ».
66. Svenska Röda Korset (2018), accessible ici. Voir également L'Agence suédoise de gestion des services publics (2016) *Prise en charge des migrants sans-papiers. Rapport final de la commission de suivi de la loi relative aux soins de santé pour les personnes résidant en Suède sans autorisation* (2016:11).
67. FICR (2020) *Risks and Resilience : Exploring migrants' and host communities' experiences during the COVID-19 pandemic in West Africa* (Risques et Résilience : Explorer les expériences des migrants et des communautés d'accueil pendant la pandémie de COVID-19 en Afrique occidentale), À venir
68. Elisabeth M, Maneesh P-S et Michael S (2020) Réfugiés en Suède durant la pandémie COVID-19 — La nécessité d'une nouvelle perspective sur la santé et l'intégration, Front. en matière de Santé publique, 19 octobre 2020, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.574334> p2. Voir aussi Mangrio E, Carzén K, Grahn M, Zdravkovic S. Kartläggning av nyligen nyanländas hälsa, levnadsvanor, sociala relationer, arbetsmarknad och boendemiljö efter etableringen. Delrapport från MILSA 2.0. (2020). Zdravkovic S, Carzén K, Grahn M, Mangrio E. Kartläggning av hälsa, levnadsvanor, sociala relationer, arbetsmarknad och boendemiljö bland arabisktalande nyanlända inom etableringen Delrapport från MILSA 2.0. (2020). Mangrio E, Carlson E, Zdravkovic S. Comprendre les expériences du système de santé suédois du point de vue des réfugiés nouvellement arrivés. BMC Res Notes. (2018) 11:616. doi : 10.1186/s13104-018-3728-4.
69. Ibid.
70. Pour plus de détails, consulter : <https://www.nrpfnetwork.org.uk/information-and-resources/policy/covid-19-and-everyone-in>
71. Commission pour l'égalité et les droits de l'homme (2018) « Garantir l'accès aux soins des demandeurs d'asile et refoulés : que faut-il changer? », Royaume-Uni.
72. Voir : <https://www.healthdirect.gov.au/coronavirus-covid-19-seeing-a-doctor-getting-tested-faqs> and <https://covid19.homeaffairs.gov.au/my-visa-has-expired>. Consulté le 11 novembre 2020.
73. Croix-Rouge britannique (2020) *Reaching the Invisible : vulnerabilities and accessibility along migratory routes* (Atteindre l'invisible : vulnérabilités et accessibilité le long des routes migratoires), mars 2020 (recherche interne entreprise de novembre 2019 à janvier 2020).
74. Voir : <https://globalprivacyassembly.org/covid19/> et <https://iapp.org/resources/article/dpa-guidance-on-covid-19/>. Pour des informations plus spécifiques sur la protection des données dans le contexte humanitaire, voir le *Manuel du CICR (2020) sur la protection des données dans l'action humanitaire* (2^e édition); et les orientations relatives à la COVID-19 fournies par le sous-groupe du Comité permanent interorganisations sur la responsabilité des données.
75. Voir : FICR (2020), *Least Protected, Most Affected : Migrants and refugees facing extraordinary risks during the COVID-19 pandemic* (Les moins protégés, les plus touchés : Les migrants et les réfugiés confrontés à des risques extraordinaires pendant la pandémie de COVID-19) et OIM (2020), COVID-19 — Aperçu analytique n° 29 : Stigmatisation et discrimination MISE À JOUR.
76. OCDE (2020) « Quel impact a eu la pandémie de la COVID-19 sur les immigrés et leurs enfants? », 19 octobre
77. Mittendorfer-Rutz et al. (2020) « Mauvaise santé mentale et comportements suicidaires chez les demandeurs d'asile et les réfugiés pendant la pandémie de COVID-19 », p.32 dans *Suicidologi*, nr 1/2020, p. 31-33.
78. Fondation pour la santé mentale (2016), *Faits fondamentaux sur la santé mentale*, Royaume-Uni
79. OCDE (2020) « Quel impact a eu la pandémie de la COVID-19 sur les immigrés et leurs enfants? », 19 octobre



80. Croix-Rouge australienne (2020), *COVID-19 Impacts us all : Ensuring the safety and well-being of people on temporary visas during COVID-19* (La COVID-19 nous impacte tous : Assurer la sécurité et le bien-être des personnes avec des visas temporaires pendant la COVID-19).
81. FICR (2020) *Risks and Resilience : Exploring migrants' and host communities' experiences during the COVID-19 pandemic in West Africa* (Risques et Résilience : Explorer les expériences des migrants et des communautés d'accueil pendant la pandémie de COVID-19 en Afrique occidentale) À venir
82. Croix-Rouge britannique, (2021), *The Longest Year : Life under local restrictions* (L'année la plus longue : La vie durant les restrictions locales), <https://www.redcross.org.uk/about-us/what-we-do/we-speak-up-for-change/the-longest-year-life-under-lockdown>.
83. Croix-Rouge britannique (2020), «La Croix-Rouge britannique salue l'annonce selon laquelle le ministère de l'Intérieur suspendra toutes les expulsions des hébergements d'asile», 28 March.
84. Données extraites de : <http://www.ngdp.org.uk/lessons-learnt-councils-response-rough-sleeping-during-covid-19-pandemic#issues>.
85. Walden, Max (2020), «Plus de huit Australiens asiatiques sur 10 signalent une discrimination pendant la pandémie de coronavirus», *ABC News*, 2 novembre.
86. FICR (2020) *Risks and Resilience : Exploring migrants' and host communities' experiences during the COVID-19 pandemic in West Africa* (Risques et Résilience : Explorer les expériences des migrants et des communautés d'accueil pendant la pandémie de COVID-19 en Afrique occidentale) À venir
87. Croix-Rouge australienne (2020), *COVID-19 Impacts us all : Ensuring the safety and well-being of people on temporary visas during COVID-19* (La COVID-19 nous impacte tous : Assurer la sécurité et le bien-être des personnes avec des visas temporaires pendant la COVID-19). p. 10
88. Voir <https://kunskaapbanken.rodakorset.se/hc/sv/articles/360010776957-Infomera-h%C3%A4nvisa-kring-v%C3%A5ld-i-n%C3%A4ra-relation>
89. *Violences domestiques pendant la pandémie de coronavirus (COVID-19), Angleterre et Pays de Galles : novembre 2020*, Office des statistiques nationales.
90. *Understanding Trafficking In persons along the Migratory route : An analysis of the Sahel Context with a focus on Burkina Faso*, (Compréhension du trafic des personnes le long de la route migratoire : Une analyse du contexte sahélien avec un accent sur le Burkina Faso), projet d'étude de cas de la Croix-Rouge britannique décembre 2020.
91. Données UNDESA (2021) consultées sur la page du Portail de données sur la migration mondiale de l'OIM relatives à l'Australie. Consulté le 25 janvier 2021.
92. Tableau de bord de l'OMS relatif à la COVID-19 — Australie : <https://covid19.who.int/region/wpro/country/au> — Consulté le 29 décembre.
93. Mécanisme de suivi du FMI pour les politiques relatives à la COVID-19 - A Consulté le 29 décembre 2020.
94. Consulter la page Internet du Bureau de la Fiscalité australienne sur Jobkeeper. Consultée le 28 décembre 2020.
95. Consulter la page Internet Services Australia sur le soutien du revenu et l'éligibilité relatifs au coronavirus, consultée le 28 décembre 2020.
96. Voir : <https://www.healthdirect.gov.au/coronavirus-covid-19-seeing-a-doctor-getting-tested-faqs> et <https://covid19.homeaffairs.gov.au/my-visa-has-expired>. Consulté le 28 décembre 2020.
97. Ibid.
98. Ibid.
99. Voir : <https://covid19.homeaffairs.gov.au/covid-19-visa-concessions> Consulté le 28 décembre 2020.
100. Voir : <https://covid19.homeaffairs.gov.au/student-visa> Consulté le 28 décembre 2020.
101. Voir : <https://www.servicesaustralia.gov.au/individuals/services/centrelink/pandemic-leave-disaster-payment> Consulté le 28 décembre 2020.
102. Voir : <https://www.health.gov.au/ministers/the-hon-greg-hunt-mp/media/greater-access-additional-10-million-pfizer-biotech-vaccines>. Consulté le 28 décembre 2020.
103. Données UNDESA (2021) consultées sur la page du Portail de données sur la migration mondiale de l'OIM relatives à la Colombie. Consulté le 25 janvier 2021.
104. Tableau de bord de l'OMS relatif à la COVID-19 — Colombie : <https://covid19.who.int/region/amro/country/co>. Consulté le 29 décembre 2020.
105. Données UNDESA (2021) consultées sur la page du Portail de données sur la migration mondiale de l'OIM relatives à l'Égypte. Consulté le 25 janvier 2021.
106. Tableau de bord de l'OMS relatif à la COVID-19 — Égypte : <https://covid19.who.int/region/emro/country/eg>. Consulté le 29 décembre 2020.
107. Données UNDESA (2021) consultées sur la page du Portail de données sur la migration mondiale de l'OIM relatives à l'Éthiopie. Consulté le 25 janvier 2021.
108. Tableau de bord de l'OMS relatif à la COVID-19 — Éthiopie : <https://covid19.who.int/region/afro/country/et>. Consulté le 29 décembre 2020.
109. Données UNDESA (2021) consultées sur la page du Portail de données sur la migration mondiale de l'OIM relatives aux Philippines. Consulté le 25 janvier 2021.
110. Tableau de bord de l'OMS relatif à la COVID-19 — Philippines : <https://covid19.who.int/region/wpro/country/ph>. Consulté le 29 décembre 2020.
111. Données UNDESA (2021) consultées sur la page du Portail de données sur la migration mondiale de l'OIM relatives à l'Afrique occidentale. Consulté le 25 janvier 2021.
112. Voir : <http://www.oecd.org/swac/coronavirus-west-africa/>. Consulté le 24 janvier 2021.
113. Numéros de cas combinés pour le Burkina Faso, le Cameroun, le Tchad, la Gambie, la Guinée, la Mauritanie, le Mali, le Niger, le Nigéria et le Sénégal sur la base des chiffres du mécanisme de suivi des politiques de l'OMS : <https://covid19.who.int/region/afro/country/ml>. Consulté le 24 janvier 2021.
114. CEDEAO (1979), *Protocole sur la libre circulation des personnes et le droit de résidence et d'établissement*.
115. La loi 2015-036, la «loi relative au trafic illicite de migrants», a été approuvée à l'unanimité en 2015 par le parlement nigérien et représente un tournant pour les mouvements transnationaux dans la région.
116. Données UNDESA (2021) consultées sur la page du Portail de données sur la migration mondiale de l'OIM relatives au Soudan. Consulté le 25 janvier 2021
117. Tableau de bord de l'OMS relatif à la COVID-19 — Soudan : <https://covid19.who.int/region/emro/country/sd>. Consulté le 29 décembre 2020
118. Données UNDESA (2021) consultées sur la page du Portail de données sur la migration mondiale de l'OIM relatives à la Suède. Consulté le 25 janvier 2021
119. Tableau de bord de l'OMS relatif à la COVID-19 — Suède : <https://covid19.who.int/region/euro/country/se>. Consulté le 29 décembre 2020.
120. Voir : <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5733d0f5cba44d9e9069a272f7e98470/hsif-fs-allmanna-rad-om-allas-ansvar-covid-91.pdf>
121. *Rekommendation-om-kostnadsfrihet-av-vaccinering-mot-covid-19.pdf* (skr.se)
122. Données UNDESA (2021) consultées sur la page du Portail de données sur la migration mondiale de l'OIM relatives au Royaume-Uni. Consulté le 25 janvier 2021
123. Tableau de bord de l'OMS relatif à la COVID-19 — Royaume-Uni : <https://covid19.who.int/region/euro/country/gb>. Consulté le 29 décembre 2020.
124. Mécanisme de suivi du FMI pour les politiques relatives à la COVID-19 — U Consulté le 29 décembre 2020.

Les Principes Fondamentaux du Mouvement International de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Humanité Né du souci de porter secours sans discrimination aux blessés des champs de bataille, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, sous son aspect international et national, s'efforce de prévenir et d'alléger en toutes circonstances les souffrances des hommes. Il tend à protéger la vie et la santé ainsi qu'à faire respecter la personne humaine. Il favorise la compréhension mutuelle, l'amitié, la coopération et une paix durable entre tous les peuples.

Impartialité Il ne fait aucune distinction de nationalité, de race, de religion, de condition sociale et d'appartenance politique. Il s'applique seulement à secourir les individus à la mesure de leur souffrance et à subvenir par priorité aux détreesses les plus urgentes.

Neutralité Afin de garder la confiance de tous, le Mouvement s'abstient de prendre part aux hostilités et, en tout temps, aux controverses d'ordre politique, racial, religieux et idéologique.

Indépendance Le Mouvement est indépendant. Auxiliaires des pouvoirs publics dans leurs activités humanitaires et soumises aux lois qui régissent leur pays respectif, les Sociétés nationales doivent pourtant conserver une autonomie qui leur permette d'agir toujours selon les principes du Mouvement.

Volontariat Il est un mouvement de secours volontaire et désintéressé.

Unité Il ne peut y avoir qu'une seule Société de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge dans un même pays. Elle doit être ouverte à tous et étendre son action humanitaire au territoire entier.

Universalité Le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, au sein duquel toutes les Sociétés ont des droits égaux et le devoir de s'entraider, est universel.



The background features a light gray gradient. Overlaid on this are three stylized, hand-drawn line art figures of people. The figures are composed of simple, thick lines and are arranged in a way that suggests they are interacting or supporting each other. One figure is at the top, another is in the middle, and a third is at the bottom. The lines are gray and have a slightly irregular, organic feel.

**Personne n'est
à l'abri tant que
nous ne sommes
pas tous à l'abri**