

Faculté des sciences économiques, sociales,
politiques et de communication

L'évaluation médicale en réinstallation : un paradoxe entre vulnérabilité et admissibilité

Cas des réfugiés centrafricains au Cameroun

Etude mixte

Autrice : Kana liwuitekong Marianne

Promotrice : Pr Sarolea Sylvie

Année académique : 2025-2026

Master en action humanitaire internationale

“ Je déclare sur l’honneur que ce mémoire a été écrit par mes soins. L’outil ChatGPT a été utilisé exclusivement à des fins de reformulation. Il n’est pas la reprise d’un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et il n’a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d’emprunts, de citations et d’exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave. ”

Table des matières

Dédicace - remerciement.....	3
Listes des abréviations.....	4
Définitions des concepts.....	5
Résumé	6
I. Introduction.....	7
II. Mise en contexte	7
1. Contexte de la crise centrafricaine et enjeux médicaux de la réinstallation	7
2. Le cadre juridique et politique.....	9
3. Les critères d'évaluations médicales et leur impact.....	9
4. Analyse de la politique et des programmes de réinstallations des pays d'accueil : exemple de quelques pays (États-Unis, France, Canada).....	12
4.1. États-Unis	12
4.2. France	13
4.2.1. Une approche pragmatique	13
4.3. Canada	13
4.3.1 Une politique inclusive	13
III. Problématique et question de recherche.....	13
IV. Méthodologie.....	15
1. Méthode qualitative	15
2. Méthode quantitative	15
V. Résultats et analyses	17
1. Quantitatifs	17
1.1. Statistique descriptive.....	17
1.2. Distributions de fréquences.....	20
2. Qualitatifs	23
VI. Discussion	27
1. L'évaluation médicale comme outil humanitaire et gestion du flux migratoire ..	27
2. Le paradoxe	31
VII. Conclusion	35
Références :	36
Annexe	38

Dédicace - remerciement

Je dédie ce travail à mes enfants et mon mari.

Je remercie le personnel du HCR qui ont pris du temps pour m'accorder les entretiens malgré la charge du travail.

A ma promotrice, le Pr Sylvie Sarolea, d'une grande bienveillance, et de patience

A mes parents, mes frères, d'avoir toujours cru en mes capacités et d'être fiers de moi, malgré la distance qui nous sépare, fière de celle que je suis grâce à vous.

A mes amis qui m'ont toujours encouragé, pour leur soutien inestimable, qui m'ont poussé à aller plus loin.

Listes des abréviations

HCR : Haut-Commissariat pour les Réfugiés

MAF : Medical Assessment Form

FEM : Formulaire d’Evaluation Médicale

OIM : Organisation Internationale pour les Migrations

INA : Immigration and Nationality Act

Définitions des concepts

Vulnérabilité : L'adjectif « vulnérable » vient du latin *vulnus, vulneris* : blessure, qui a donné l'adjectif latin *vulnerabilis* avec deux acceptions : qui peut être blessé, mais aussi qui peut blesser. Le français vulnérable n'a gardé que la première signification. Le mot vulnérable désigne donc (dictionnaire Le Petit Robert 2009) : qui peut être blessé, frappé par un mal physique (endroit, point vulnérable) ; qui peut être facilement atteint, se défend mal : être vulnérable aux attaques de quelqu'un. Personne vulnérable en raison de son âge, **de son état de santé**, de son **handicap**.

De manière plus large, *la vulnérabilité renvoie à la fragilité, à la dépendance, à la perte d'autonomie, à l'exclusion, à l'invisibilité sociale, à la précarité et à la désaffiliation. Ce terme est très souvent utilisé pour décrire et enfermer dans ces catégorisations des groupes de personnes plus ou moins mises en marge de la société : les personnes âgées, les personnes déficientes ou en situation de handicap, les chômeurs, les pauvres, les immigrés, les mal-logés¹. L'usage du terme « vulnérabilité » est ainsi caractérisé par sa forte transversalité tant d'un point de vue disciplinaire que thématique².*

Réinstallation³ : la réinstallation implique la sélection et le transfert de réfugiés d'un État dans lequel ils ont cherché une protection vers un autre État qui accepte de les accueillir comme réfugiés avec un statut de résident permanent. Ce statut garantit une protection contre le refoulement et confère au réfugié réinstallé, à sa famille et autres personnes à sa charge, les mêmes droits que ceux dont bénéficient les ressortissants nationaux. La réinstallation offre également l'opportunité d'accéder ultérieurement à la naturalisation dans le pays de réinstallation. La réinstallation sert également trois fonctions importantes. Premièrement, c'est un instrument de protection internationale qui répond aux besoins spécifiques des réfugiés dont la vie, la liberté, la sûreté, la santé et d'autres droits fondamentaux sont menacés dans le pays où ils ont cherché l'asile. Deuxièmement, il s'agit d'une solution durable pour de grands nombres ou des groupes de réfugiés, à savoir le rapatriement librement consenti et l'intégration sur place. Troisièmement, cela peut constituer une expression tangible de la solidarité internationale ainsi qu'un mécanisme de partage des responsabilités permettant aux États de se répartir le fardeau et de réduire les problèmes pesants sur le pays de premier asile.

¹ B. ENNUYER, « La vulnérabilité en question ? », *Ethics, Medicine and Public Health*, juillet 2017, vol. 3, n° 3, pp. 365-373.

² B. GASTINEAU et al., *La vulnérabilité à l'encontre des idées reçues*, Les Impromptus du LPED, n° #06, Marseille, Laboratoire Population environnement développement, 2020.

³ UNHCR, « Manuel de réinstallation du HCR », 2011.

Résumé

Ce mémoire examine le rôle paradoxal de l'évaluation médicale dans le processus de réinstallation des réfugiés, en se concentrant sur le cas des réfugiés centrafricains au Cameroun. Bien que la réinstallation soit théoriquement conçue pour protéger les réfugiés les plus vulnérables, les évaluations médicales deviennent souvent des instruments d'exclusion, écartant les personnes dont les besoins de santé sont jugés incompatibles avec les capacités d'accueil des États de réinstallation. S'appuyant sur une analyse documentaire des critères médicaux du Haut-commissariat pour les réfugiés (HCR), des politiques nationales des pays de réinstallation, cette étude démontre que la vulnérabilité médicale justifie et entrave simultanément la réinstallation. La recherche met en lumière la tension entre les impératifs humanitaires et les contraintes sanitaires étatiques, les mécanismes de vulnérabilité chez les réfugiés, ainsi que l'opacité institutionnelle qui caractérise les décisions d'admissibilité médicale. Les résultats montrent que l'évaluation médicale influence les parcours de réinstallation de manière profondément ambivalente, oscillant entre protection et sélection, prise en charge et contrôle, inclusion et exclusion. Ce paradoxe révèle les contradictions structurelles au cœur de la gouvernance humanitaire contemporaine des migrations forcées. Après avoir présenté le contexte et la méthodologie de cette recherche, nous exposerons les résultats, puis en proposerons une discussion analytique et conclurons l'étude.

I. Introduction

La réinstallation constitue, selon le HCR, l'une des trois solutions durables destinées à garantir la protection internationale des réfugiés. Présentée comme un mécanisme de solidarité globale, elle vise à transférer un réfugié vulnérable d'un pays d'asile vers un État tiers qui accepte de lui accorder un statut permanent. Dans le cas des réfugiés centrafricains au Cameroun, la réinstallation repose sur une série de procédures standardisées, dont l'évaluation médicale à travers le Formulaire d'Évaluation Médicale/ Medical Assessment Form (FEM/MAF).

Or cette évaluation, conçue pour identifier les besoins médicaux majeurs et garantir un transfert sécurisé, s'avère constituer un point de tension fondamental. Elle révèle un paradoxe structurel : les réfugiés les plus vulnérables, en particulier ceux atteints de maladies graves ou chroniques et d'âge avancé, sont aussi ceux dont l'accès à la réinstallation est le plus compromis.

À partir de l'analyse croisée de documents institutionnels, de données empiriques des mémoires et des articles de revue (Mourad et al 2020 ; Long 2013 ; Ho et al 2019 ; Ennuyer 2017 ; Leboeuf 2021...), ce texte propose une discussion critique approfondie du rôle de l'évaluation médicale dans la réinstallation, en mettant l'accent sur la question centrale :

Dans quelle mesure l'évaluation médicale influence-t-elle le processus de réinstallation, et comment génère-t-elle un paradoxe entre vulnérabilité et admissibilité ?

II. Mise en contexte

1. Contexte de la crise centrafricaine et enjeux médicaux de la réinstallation

Le conflit politico-militaire qui a éclaté à la fin de l'année 2012, opposant le groupe armé rebelle Séléka au président François Bozizé, a provoqué un afflux de réfugiés centrafricains dans la partie Est du Cameroun et dans la région de l'Adamaoua. Toutefois, c'est à partir du début de l'année 2014, avec la démission du président Michel Djotodia en janvier 2014⁴, que l'afflux de réfugiés a été le plus massif. Environ 700 000 ressortissants centrafricains se sont réfugiés dans d'autres pays, dont le Cameroun, et environ 500 000 personnes sont déplacées à l'intérieur de la République centrafricaine⁵.

⁴ A.S. HOUENOU, « Aspects de la crise en République centrafricaine », *Paix et sécurité européenne et internationale*, octobre 2016, p. 1152.

⁵ BANQUE MONDIALE, « ÉVALUATION DE LA PAUVRETÉ EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE 2023 FEUILLE DE ROUTE POUR LA RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE », 2023.

Les musulmans de l'ouest du pays ont été massivement pris pour cible à la suite du retrait de la Séléka et ont cherché refuge dans les États voisins, notamment au Cameroun⁶. Conformément à la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés et à son protocole de 1967, qui définissent les droits des réfugiés et les obligations des États parties, dont le Cameroun, les réfugiés centrafricains bénéficient du principe de non-refoulement, car ils sont protégés par cette convention⁷. De plus, le Pacte mondial de 2018 rappelle et appuie cette convention de 1951 afin de soulager la pression sur les pays accueillant des réfugiés. Il vise à opérationnaliser les principes de partage de la charge et des responsabilités pour mieux protéger et assister les réfugiés, à développer l'accès aux possibilités de réinstallation dans des pays tiers et à promouvoir les conditions permettant aux réfugiés de retourner dans leur pays d'origine⁸. C'est dans cette optique que le programme de réinstallation du Haut-Commissariat pour les réfugiés collabore avec les États pour offrir une solution durable aux réfugiés vulnérables. Le gouvernement camerounais, dans le cadre de sa politique nationale, accompagne le HCR dans la réalisation de cet objectif commun : trouver une solution durable et satisfaisante pour les réfugiés résidant sur le territoire camerounais.

Ainsi, face à l'afflux massif de réfugiés centrafricains au Cameroun consécutif au conflit politico-militaire débuté en 2012, la réinstallation s'est progressivement imposée comme l'une des solutions durables de protection, en particulier pour les personnes les plus vulnérables. Toutefois, les réfugiés présentent des profils hétérogènes, marqués par des besoins multiples et souvent complexes, parmi lesquels les besoins médicaux urgents occupent une place centrale. Pour ces réfugiés nécessitant une assistance médicale spécifique, la réinstallation apparaît à la fois comme une opportunité et comme un parcours semé de contraintes. En tant que médecin, il m'a ainsi semblé pertinent de porter une attention particulière au rôle de l'évaluation médicale à travers le MAF, afin d'analyser dans quelle mesure cet outil facilite ou, au contraire, entrave l'accès à la réinstallation. Cette réflexion s'inscrit dans une perspective critique, mettant en lumière le paradoxe entre la reconnaissance de la vulnérabilité médicale et les critères d'admissibilité à la réinstallation, au cœur de l'action du HCR et de la politique de protection menée en collaboration avec l'État camerounais.

⁶ T. LESUEUR, « République centrafricaine : autopsie d'une crise méconnue: », *Politique étrangère*, septembre 2014, n° 3, pp. 163-174.

⁷ NATIONS UNIS, « Convention internationale relative au statut des réfugiés », 1951.

⁸ NATIONS UNIES, « Pacte mondial sur les réfugiés », New York 2018.

2. Le cadre juridique et politique

En ce qui concerne le cadre juridique national et la politique du Cameroun en matière de réinstallation des réfugiés, le Cameroun est signataire de la Convention de 1951 et a intégré les principes de protection des réfugiés dans sa législation nationale. La loi n° 2005/006 du 27 juillet 2005 régit le statut des réfugiés au Cameroun et prévoit des mécanismes d'intégration et de réinstallation⁹. Le Cameroun travaille avec le HCR et l'OIM (Organisation internationale pour les migrations) pour organiser la réinstallation vers des pays tiers. La Politique nationale du Cameroun en matière de réinstallation des réfugiés, privilégie l'accueil et l'intégration locale des réfugiés plutôt que leur réinstallation vers des pays tiers¹⁰. Une coopération avec les partenaires des agences onusiennes, notamment dans le cadre de leurs programmes de réinstallation, facilite la gestion des cas¹¹.

3. Les critères d'évaluations médicales et leur impact

Pour ce qui est des mécanismes de réinstallation mis en place par les agences, elle consiste à l'identification et l'enregistrement des réfugiés via le HCR, sur la base de vulnérabilités spécifiques. Le dossier de réinstallation soumis aux pays d'accueil, inclut les évaluations médicales selon les différentes catégories. Chaque pays de réinstallation définit ses propres conditions en matière d'examens médicaux¹². Ces exigences peuvent impliquer un examen obligatoire avant l'acceptation, un test après traitement ou un examen effectué juste avant le départ. *Avant de déterminer si une personne doit être réinstallée en raison de besoins médicaux, tout le personnel concerné doit être assuré que les considérations fondamentales ont bien été appliquées. La réinstallation de personnes nécessitant un traitement médical est problématique, et les possibilités de réinstallation sont limitées. Les personnes pour lesquelles le HCR envisage la réinstallation pour des motifs doivent être évaluées individuellement, sans discrimination, en tenant compte à la fois des données médicales du dossier et des considérations humanitaires irréfutables. Il est, par conséquent, essentiel de consulter du personnel médical qualifié pour établir le diagnostic, le pronostic et le traitement*¹³. Afin de garantir l'objectivité et l'impartialité

⁹ A.N. CAMEROUN, « Journal officiel du Cameroun | LOI N° 2005/006 du 27 JUILLET 2005 », 2005, disponible sur <https://www.juriafrica.com/lex/loi-2005-006-27-juillet-2005-17731.htm>.

¹⁰ UNHCR/AFRICA, « UNHCR Global Report 2011 - Cameroon », *UNHCR Africa*, 2011, disponible sur <https://www.unhcr.org/africa/media/unhcr-global-report-2011-cameroon>.

¹¹ *Ibid.*

¹² UNHCR, « Division de la protection internationale », *op. cit.*

¹³ UNHCR, « UNHCR Resettlement Handbook », 2011, disponible sur <https://emergency.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20Resettlement%20Handbook%20202011.pdf>.

de l'évaluation, il est vivement recommandé de faire appel à un professionnel indépendant, et non à un personnel médical du HCR, pour compléter le formulaire d'évaluation médicale (annexe 1). Ce formulaire vise à identifier les réfugiés nécessitant une réinstallation prioritaire en mettant en avant les 4 critères médicaux requis pour la réinstallation. A cet égard, le HCR doit alors identifier les cas qui présentent les problèmes les plus graves et qui ne peuvent être traités qu'au moyen de la réinstallation¹⁴ dans la catégorie « besoins médicaux ». Dans cette perspective, l'identification précoce des réfugiés présentant des besoins médicaux constitue un facteur déterminant pour le pronostic clinique et peut, par conséquent, influencer les chances d'acceptation du dossier par un pays de réinstallation. À cet effet, les bureaux de terrain sont tenus d'assurer la transmission rapide des dossiers de réinstallation fondés sur des besoins médicaux. Il convient par ailleurs de souligner que les formulaires d'évaluation médicale ne sont valables que pour une durée limitée de six mois¹⁵.

Enfin, ces critères médicaux peuvent être favorables ou défavorables à condition qu'ils remplissent les conditions dans la demande de soumissions pour les catégories de besoins médicaux, à savoir^{16 17} :

➤ *Diagnostic*

Sans traitement approprié, l'état de santé et/ou le handicap du réfugié peut s'aggraver et entraîner sa mort ; ou Il y a risque de perte irréversible de certaines fonctions ; ou la situation particulière qui règne dans le pays d'asile est la cause de l'état de santé de la personne ou l'aggrave sérieusement ;

➤ *Traitement*

Un traitement adéquat n'est pas disponible (p. ex. à cause du manque d'équipement médical et de spécialistes) ou est inaccessible (p. ex. à cause de restrictions imposées ou de manque d'argent) dans le pays d'asile ; et un traitement adéquat ne peut pas être assuré par une évacuation médicale temporaire vers un pays tiers ;

➤ *Pronostic*

¹⁴ UNHCR, « Manuel de réinstallation du HCR | Besoins médicaux », 2011, disponible sur <https://www.unhcr.org/resettlement-handbook/fr/>.

¹⁵ « UNHCR Resettlement Handbook, 2011 », *Refworld*, s.d., disponible sur <https://www.refworld.org/policy/opguidance/unhcr/2011/en/97558>.

¹⁶ UNHCR, « Manuel de réinstallation du HCR | Besoins médicaux », *op. cit.*

¹⁷ UNHCR, « Division de la protection internationale », *op. cit.*

L'état de santé et/ou le handicap est un obstacle considérable pour mener une vie normale, s'adapter et vivre de manière satisfaisante, et place la personne et/ou les personnes à charge de sa famille dans une situation de risque accru dans le pays d'asile ; ou La situation particulière/l'environnement qui règne dans le pays d'asile aggrave sérieusement l'état de santé et/ou le handicap de la personne ; et Il a été émis un pronostic favorable selon lequel le traitement (rééducation et soins de santé compris) et/ou la résidence dans le pays de réinstallation permettrait d'améliorer considérablement l'état de santé et/ou le handicap de la personne ou conduirait à une amélioration du quotidien et de la qualité de vie ;

➤ *Consentement éclairé*

C'est le souhait exprimé par la personne, après qu'elle a été conseillée notamment dans le domaine des traitements possibles du problème de santé ou du handicap, ainsi que de l'adaptation sociale, culturelle et psychologique nécessaire dans une nouvelle communauté.

Le MAF permet ainsi au personnel du HCR de déterminer l'éligibilité de la personne à la réinstallation pour des raisons médicales et le degré de priorité.

Par la suite Le HCR définit trois niveaux de priorité pour déterminer quand la réinstallation est la solution appropriée : urgence, lorsque l'insécurité est imminente et/ou qu'un problème de santé nécessite un retrait des conditions menaçantes, situation urgente, pour les réfugiés présentant des risques médicaux graves ou d'autres vulnérabilités nécessitant une réinstallation accélérée dans les six semaines suivant le dépôt de leur demande, et situation normale lorsqu'il n'existe aucune préoccupation médicale, sociale ou sécuritaire immédiate justifiant un traitement accéléré¹⁸.

En ce qui concerne l'impact de l'évaluation médicale sur la réinstallation, celle-ci constitue une étape déterminante du processus, dans la mesure où elle permet d'apprécier l'éligibilité des réfugiés à la réinstallation au regard de leurs besoins médicaux, d'identifier les éventuelles mesures d'adaptation ou d'accompagnement nécessaires à leur intégration dans le pays d'accueil, ainsi que d'anticiper les risques de rejet de la demande liés à des considérations de santé publique ou aux coûts élevés des soins¹⁹. Toutefois, cette évaluation peut également contribuer à ralentir le processus de réinstallation lorsque des examens complémentaires sont requis ou lorsque les pays d'accueil appliquent des critères médicaux particulièrement stricts²⁰.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ « UNHCR Resettlement Handbook, 2011 », *op. cit.*

²⁰ UNHCR, « UNHCR Resettlement Handbook », *op. cit.*

Par ailleurs, la fiabilité et les enjeux de l'évaluation médicale des réfugiés reposent sur plusieurs éléments essentiels. Elle s'appuie principalement sur l'examen clinique et les investigations médicales réalisées par des médecins agréés par le HCR et l'OIM, ainsi que sur les antécédents médicaux déclarés par les réfugiés lorsqu'ils sont disponibles^{21 22}. Néanmoins, il est parfois observé une réticence de la part des réfugiés à révéler certains problèmes de santé, par crainte de stigmatisation ou de rejet de leur dossier. Dans ce contexte, l'impartialité et la transparence des prestataires médicaux jouent un rôle central pour garantir une évaluation objective et équitable²³.

En cas d'évaluation médicale défavorable, les recours administratifs sont dirigés auprès du HCR ou du pays d'accueil. Mais il existe des programmes d'assistance alternative pour les réfugiés refusés pour des raisons médicales. Les réfugiés ayant des besoins médicaux qui ne sont pas éligibles à cette catégorie de demandes peuvent néanmoins devoir être réinstallés dans le cadre d'une autre catégorie de demandes. Par exemple, si ces réfugiés sont exposés à des risques en matière de protection en raison de leur état de santé et des besoins de protection qui en découlent, la rubrique « besoins de protection juridique et/ou physique » pourrait être plus appropriée²⁴.

4. Analyse de la politique et des programmes de réinstallations des pays d'accueil : exemple de quelques pays (États-Unis, France, Canada)

4.1. États-Unis

L'article 212(a) de l'Immigration and Nationality Act (INA)²⁵ énumère les motifs d'exclusion médicale, notamment les maladies transmissibles, les troubles mentaux et la dépendance aux drogues. Cette politique traduit une tension majeure : la santé, censée justifier la protection (vulnérabilité), devient ici un critère d'exclusion (inadmissibilité). Même si des dérogations discrétionnaires existent, la logique dominante demeure sécuritaire et sanitaire : protéger la santé publique américaine prime sur la vulnérabilité du réfugié. Les États-Unis mettent ainsi en

²¹ UNHCR, « Division de la protection internationale », *op. cit.*

²² OIM, « Migration health assessment and travel health assistance », 2020.

²³ UNHCR, « UNHCR Resettlement Handbook », *op. cit.*

²⁴ « 3.7 Besoins médicaux | Manuel de réinstallation du HCR », s.d., disponible sur <https://www.unhcr.org/resettlement-handbook/fr/3-resettlement-submission-categories/3-7-besoins-medicaux/>.

²⁵ USCIS, « Immigration and Nationality Act | USCIS », 10 juillet 2019, disponible sur <https://www.uscis.gov/laws-and-policy/legislation/immigration-and-nationality-act>.

en œuvre une évaluation médicale obligatoire et standardisée, financée par le gouvernement, qui vise à préparer les réfugiés à une réinsertion professionnelle rapide²⁶.

4.2. France

4.2.1. Une approche pragmatique

La France ne fixe pas de critères explicites d'exclusion médicale, mais évalue la compatibilité des besoins de santé avec les capacités de son système de santé. Cette approche place la décision dans une logique de gestion des ressources : le pays ne refuse pas en principe les cas médicaux graves, mais sélectionne ceux pour lesquels une solution thérapeutique est possible. Conformément aux directives du HCR, la France écarte les cas où la réinstallation n'améliorerait pas l'état de santé du réfugié.

4.3. Canada

4.3.1 Une politique inclusive

Le Canada se distingue par l'absence d'une exclusion médicale explicite : les réfugiés ne peuvent être refusés pour des raisons de santé, sauf si leur état de santé met en danger la santé publique (tuberculose active, syphilis non traitée, etc.). Cette position illustre une volonté d'aligner la pratique médicale sur les principes de la protection internationale, où la vulnérabilité est un motif de priorité, et non de refus. Cependant, la mise en œuvre pratique nuance cette ouverture : les réfugiés atteints de maladies graves peuvent être orientés vers des régions spécifiques où les soins sont disponibles, ce qui allonge les délais de traitement. Le Programme de protection urgente ne prend pas en charge les urgences médicales²⁷.

III. Problématique et question de recherche

Conformément aux accords signés entre l'État du Cameroun et le HCR, les réfugiés installés dans les camps et souhaitant être réinstallés doivent suivre un processus de sélection rigoureux, incluant notamment le FEM du HCR. Ce dispositif soulève plusieurs interrogations. Nous chercherons ainsi à clarifier le processus de réinstallation des réfugiés ayant fait l'objet d'une évaluation médicale. Nous nous interrogeons notamment sur les points suivants :

²⁶ UNHCR-USA, « Resettlement Country: USA », 2022, disponible sur <https://www.unhcr.org/resettlement-handbook/wp-content/uploads/sites/153/2023/02/Country-Chapter-United-States-2022.pdf>.

²⁷ UNHCR-CANADA, « Resettlement Country: Canada », 2022, disponible sur <https://www.unhcr.org/resettlement-handbook/wp-content/uploads/sites/153/2023/02/Country-Chapter-Canada-2023.pdf>.

1. Quel est l'impact de l'évaluation médicale sur le processus de réinstallation ? Est-elle favorable ou défavorable ?

Postulat : L'évaluation médicale facilite le processus de réinstallation. Un réfugié en bonne santé représente un coût moindre pour l'agence qui le prend en charge et présente moins de risques sanitaires pour le pays d'accueil.

2. L'évaluation médicale peut-elle compromettre le processus de réinstallation^{28 29}?

Hypothèse : L'évaluation médicale peut compromettre le processus de réinstallation si elle révèle des problèmes de santé incompatibles avec les critères de réinstallation.

3. L'évaluation médicale des réfugiés peut-elle être considérée comme fiable lorsqu'elle est réalisée par des prestataires de soins n'appartenant pas au personnel du HCR³⁰ ?

Hypothèse : Les informations médicales consignées dans le FEM sont fiables.

Postulat : Au-delà des récits et des antécédents médicaux, les examens biologiques et d'imagerie peuvent fournir des informations essentielles garantissant leur fiabilité.

En considérant l'ensemble de ces interrogations et hypothèses, nous avons formulé notre question de recherche de la manière suivante : Dans quelle mesure l'évaluation médicale pourrait-elle influencer le processus de réinstallation des réfugiés ?

De cette question de recherche,

L'objectif général sera d'analyser les critères d'évaluation médicaux et leur impact (effet pervers ?) sur le processus de réinstallation des réfugiés centrafricains au Cameroun.

L'objectif spécifique sera d'analyser l'accès des réfugiés centrafricains au processus de réinstallation, en tenant compte de l'application de critères médicaux adaptés à leur vulnérabilité.

²⁸ Lord CLINTON-DAVIS et Y. FASSIL, « Health and social problems of refugees », *Social Science & Medicine*, août 1992, vol. 35, n° 4, pp. 507-513.

²⁹ E.M. MANN *et al.*, « Health challenges in refugee resettlement: an innovative multi-sector partnership to improve the continuum of care for resettled refugees », *Journal of Travel Medicine*, novembre 2020, vol. 27, n° 7, p. taaa103.

³⁰ Lord CLINTON-DAVIS et Y. FASSIL, « Health and social problems of refugees », *op. cit.*

IV. Méthodologie

À partir de notre question de recherche principale ci-haut présentée, nous formulons l'hypothèse suivante : l'évaluation médicale est censée faciliter le processus de réinstallation, mais la manière dont elle est réalisée est peut-être de nature à la détourner de ses objectifs.

Nous allons utiliser une approche méthodologique mixte séquentielle exploratoire. Cette approche implique deux phases distinctes : une étude qualitative et une étude quantitative, afin de comprendre les résultats qualitatifs.

1. Méthode qualitative

Afin de décrire l'impact de l'évaluation médicale sur le processus de réinstallation, la fiabilité de cette évaluation et de déterminer si, paradoxalement, elle peut compromettre ce processus, nous adopterons une approche qualitative. Nous utiliserons une démarche hypothético-déductive et nous nous appuierons sur des entretiens semi-directifs. Les entretiens seront menés individuellement, par choix raisonné, auprès d'au moins 10 membres du personnel du HCR ayant au minimum deux ans d'expérience dans la réinstallation, basés dans la région du Centre (bureau de Yaoundé) et dans la région de l'Est (bureau de Bertoua), et au moins 12 réfugiés bénéficiaires de la réinstallation encore présents dans le premier pays d'asile. Un guide d'entretien sera élaboré en fonction des thématiques de recherche. Les entretiens seront enregistrés avec l'accord des participants, puis retranscrits et analysés.

Méthode d'analyse : Les enregistrements seront transcrits au format texte, fidèlement au contenu original, en tenant compte des pauses et des intonations. Les transcriptions seront organisées par thème abordé, et les résultats du verbatim seront analysés de manière structurée.

2. Méthode quantitative

La méthode quantitative permettra de décrire les critères médicaux, le nombre de réfugiés ayant bénéficié de l'évaluation médicale. Tout ceci en fonction des variables suivantes : sexe, âge, statut individuel, pays de destination.

- Type d'étude : Étude transversale rétrospective, de janvier 2023 à décembre 2024.
- Population cible : réfugiés centrafricains vivant au Cameroun et enregistrés dans la base de données du HCR.
- Critères d'inclusion : réfugiés centrafricains sélectionnés dans la catégorie « besoins médicaux ».
- Critères d'exclusion :

- Réfugiés non originaires de la République centrafricaine.
- Réfugiés dont les dossiers médicaux sont incomplets ou inaccessibles.
- Réfugiés ayant été réinstallés avant janvier 2023
- Échantillonnage : exhaustif, du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2024.
- Variables : Variables catégorielles : critères médicaux (diagnostic, traitement, pronostic) :

Les variables maladie chronique, maladies transmissibles et malformations congénitales représentent le diagnostic, qui constitue le premier critère médical ; la variable « maladie chronique » est un terme regroupant les pathologies incurables mais traité par une médication à vie ou un traitement chirurgical, ce sont : les cardiopathies issues des maladies tel que le diabète l'hypertension artérielle, la drépanocytose, les maladies rhumatismales, les maladies mentales, les cancers (cervico-vaginal)....etc. La variable « maladie transmissible » regroupe les infections telles que le VIH, l'hépatite et la tuberculose pulmonaire. La variable « malformations congénitales » regroupe toutes les pathologies malformatives du nourrisson telles que la spina bifida, la spondylodiscite, l'hydrocéphalie...

La variable « pronostic favorable » est toute maladie qui, même en restant sur le territoire d'asile, recouvre la guérison ou bien sa prise en charge est gérable à court et à long terme. Tandis que le pronostic défavorable est toute pathologie qui, restée sur le territoire d'asile, n'a aucune chance de survie.

La variable « traitement accessible » désigne tout médicament disponible dans le pays d'asile, mais l'accès y est très coûteux. Et la variable « traitement inaccessible » désigne le plateau technique qui ne permet pas une prise en charge adéquate.

Le consentement n'a pas été analysé comme variable dans cette étude, car tous les réfugiés sélectionnés pour la réinstallation consentent à passer les évaluations médicales et remplissent les critères de cette catégorie.

La variable départ caractérise l'admissibilité au processus de réinstallation. Ensuite, nous avons les autres variables telles que le sexe, le statut individuel et le pays de destination. Et comme variables numériques l'âge et le nombre de recours.

- Méthode d'analyse : Les données recueillies seront dépouillées manuellement, encodées dans Excel, puis analysées à l'aide du logiciel R Commander (version 4.3.2). Les résultats seront présentés sous forme de tableaux de fréquences et de moyennes. Le test

du χ^2 à un échantillon sera utilisé pour analyser les proportions des variables qualitatives.

V. Résultats et analyses

1. Quantitatifs

1.1. Statistique descriptive

Les données recueillies auprès des responsables de la réinstallation au Cameroun nous ont permis d'obtenir les résultats suivants :

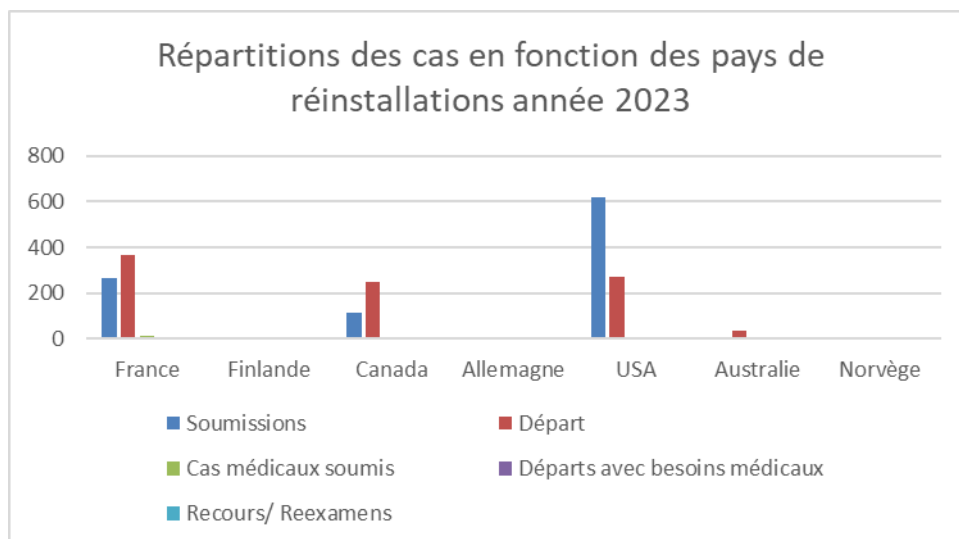
Pour l'année 2023, le HCR Cameroun disposait d'un quota de réinstallation confirmé de 850 réfugiés individuels à orienter vers les États-Unis, la France, le Canada et d'autres pays, tels que la Finlande, l'Allemagne et la Norvège, qui ont également accueilli des réfugiés en situation d'urgence, conformément aux quotas régionaux établis en fonction des besoins. Et seulement 2% de ce quota sont accordés aux personnes ayant des besoins médicaux.

Tableau récapitulatif de soumission et de départ en 2023

Pays de ré	Soumissio	Départ	Cas médic	Départs a	Type de d	Type de d	Priorité m	Recours/	Année
France	267	364	11	0	individuel	individuel	Normal	0	2023
Finlande	9	3	5	0	individuel	individuel	Urgent	0	2023
Canada	112	247	0	1	individuel	Individuel	Normal	0	2023
Allemagne	1	0	0	0	individuel	individuel	Normal	0	2023
USA	621	274	0	0	individuel	individuel	Normal	0	2023
Australie	3	34	0	0	individuel	individuel	Normal	0	2023
Norvège	4	0	0	0	individuel	individuel	Normal	0	2023
Total glob	1017	922	16	1	individuel	individuel		0	2023

Demandes : Du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2023, 1 017 réfugiés individuels du Cameroun ont été soumis à divers pays de réinstallation et aucune demande de recours ni de réexamen n'a été déposée pour les cas de refus, dont 16 soumissions pour la catégorie « besoins médicaux ».

Départs : Du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2023, environ 922 réfugiés, dont des départs individuels, ont quitté le Cameroun pour différents pays de réinstallation, ainsi qu'un départ dans la catégorie « besoins médicaux ».

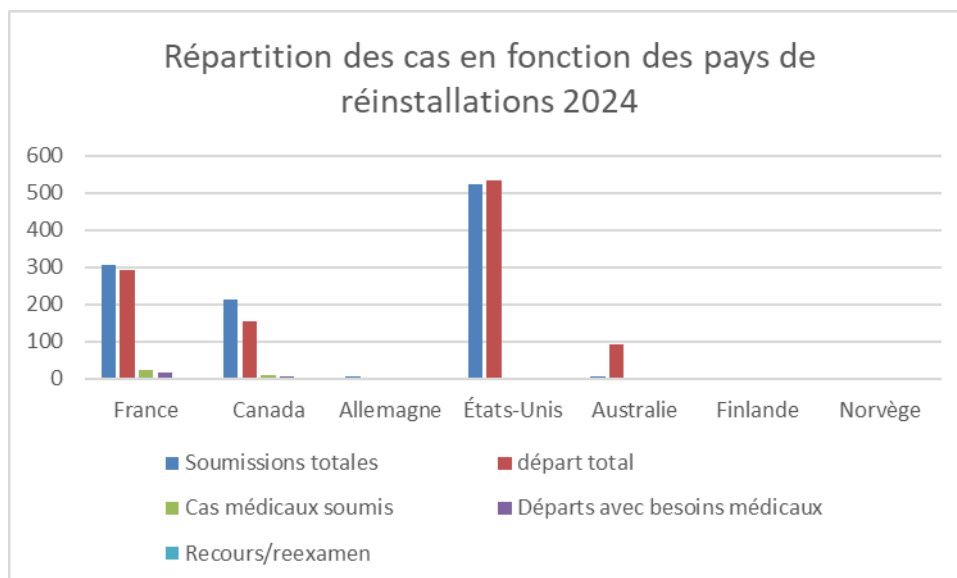


En somme, pour l'année 2023, sur 1 017 demandes de soumission, 922 ont été admissibles, dont 1 départ pour besoin médical sur les 16 soumises. La France étant le pays qui a reçu le plus de demandes de soumission, avec la Finlande, le seul départ enregistré est à destination du Canada, avec priorité normale.

En 2024, l'opération au Cameroun se voit attribuer un quota de réinstallation de 1 000 personnes. Les principaux pays de réinstallation cette année sont les États-Unis, la France et le Canada. D'autres pays, dont la Finlande, la Norvège et l'Allemagne, acceptent des demandes de réinstallation urgentes et prioritaires. Le quota français inclut les nouvelles demandes ainsi que les personnes sélectionnées en 2023 mais qui ont quitté le pays. De plus, la France a ajouté un quota de 150 personnes au cours du second semestre de l'année, portant le quota réel pour 2024 à 980. On a dénombré 1 080 départs de réfugiés cette année-là, dont 36 soumissions pour des besoins médicaux et 25 départs dans cette catégorie.

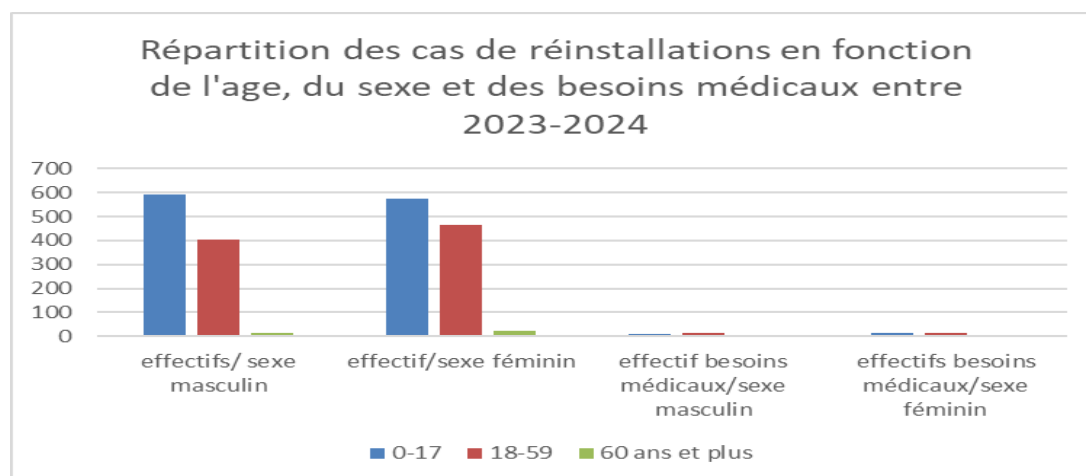
Tableau récapitulatif de soumission et de départ en 2024

Pays de réinstallation	Soumissions totales	Départ total	Départs médicaux	Départs avec besoins médicaux	Recours/reexamens	Départ moyen	Type de départ	Priorité médicale	Année
France	306	292	22	18	0	individuel	N/A	Urgent	2024
Canada	213	153	10	5	0	individuel	N/A	Urgent	2024
Allemagne	5	2	4	0	0	N/A	N/A	Normal	2024
États-Unis	525	534	0	1	0	individuel	N/A	Normal	2024
Australie	6	91	0	0	0	N/A	N/A	Normal	
Finlande	0	4	0	1	0	individuel	N/A	Urgent	2024
Norvège	2	4	0	0	0	N/A	N/A	Normal	
Total global	1057	1080	36	25	0		Mixte	-	Rép



Les départs avec des besoins médicaux étaient plus fréquents en France (18 cas), puis au Canada (5 cas), avec une priorité urgente, et un départ à destination des États-Unis avec une priorité normale. Les départs étaient en individuel ou en regroupement familial, d'où le terme « N/A », mais nous n'avons pas eu d'informations supplémentaires. Il n'y avait ni recours ni réexamen de dossier pour les cas refusés.

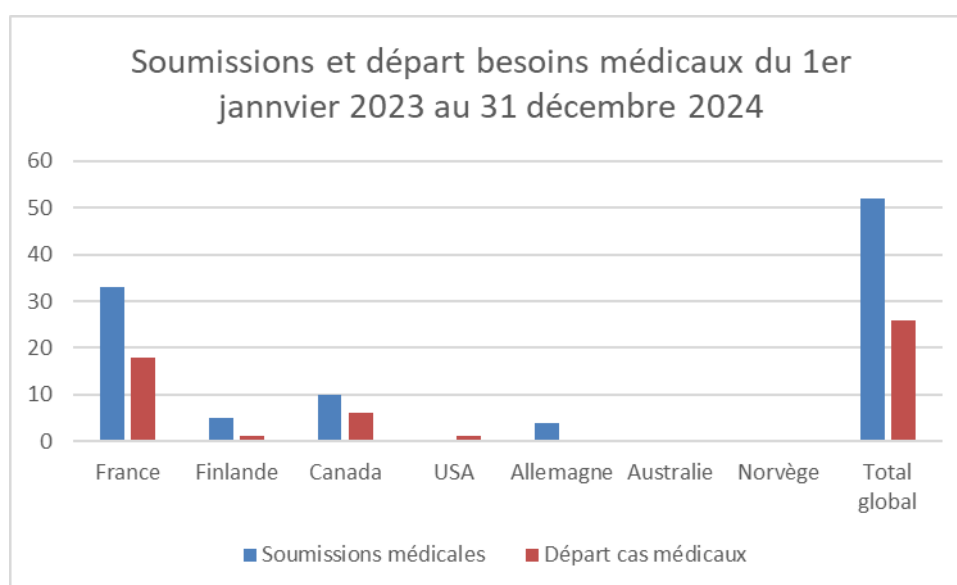
Données cumulatives sur deux ans (2023-2024)



En deux ans, les effectifs pour les besoins médicaux de sexe masculin et féminin sont sensiblement égaux, avec une majorité d'âge entre 18 et 59 ans.

Tableau récapitulatif de soumission et départ des besoins médicaux 2023-2024

de réinstallation	ssions médicales	rt cas médicaux	pe de départ	rité médicale	ée 2023-2024
France	33	18	individuel	normal/urgent	
Finlande	5	1	individuel	urgent	
Canada	10	6	Individuel	Normal	
USA	0	1	individuel	normal	
Allemagne	4	0	N/A	N/A	
Australie	0	0	N/A	N/A	
Norvège	0	0	N/A	N/A	
Total glob	52	26	individuel	Normal	



Sur 52 soumissions dans la catégorie « besoin médical » entre 2023 et 2024 et 26 départs, la France enregistre le plus grand nombre d'admissibilités, avec 18 départs, dont 09 priorités urgentes, et le Canada, 06 départs avec priorité normale. Sur deux ans, les États-Unis enregistrent 01 départ avec priorité normale.

1.2. Distributions de fréquences

Les principales variables qui seront analysées dans cette étude sont résumées dans le tableau ci-dessous avec leurs effectifs et leurs fréquences.

Variable	Catégories	Effectif	Pourcentage (%)
Maladie chronique	Non	4	7,69
	Oui	48	92,31
Maladies transmissibles	Non	43	82,69

Variable	Catégories	Effectif	Pourcentage (%)
Malformations congénitales	Oui	9	17,31
	Non	47	90,38
	Oui	5	9,62
Pronostic	Défavorable	51	98,08
	Favorable	1	1,92
Sexe	Féminin	26	50,00
	Masculin	26	50,00
Traitement	Inaccessible	33	63,46
	Accessible	19	36,54
Départ	Non départ	26	50
	Départ	26	50

L'échantillon de l'étude est composé de 52 réfugiés soumis dans la catégorie des besoins médicaux, sur un total de 2 074 demandes de soumission, toutes catégories confondues, sur une période de deux ans. La répartition selon le sexe est équilibrée, avec 50 % de femmes et 50 % d'hommes, et l'âge moyen des participants est de 29,6 ans. Le profil médical est majoritairement marqué par la prédominance des maladies chroniques, qui représentent 92,3 % des cas, suivies des maladies transmissibles (17,3 %) et des malformations congénitales (9,6 %). Sur le plan clinique, le pronostic est jugé défavorable dans 98 % des cas, tandis que le traitement est considéré comme inaccessible dans 63 % des cas.

Association statistiquement significative : test du chi carré appliqué à un échantillon

Variable	Modalité	Non départ	Départ	Test χ^2 (p-value)
Maladie chronique	Non	2	2	1
	Oui	24	24	
Maladies transmissibles	Non	21	22	0,7139
	Oui	5	4	
Malformations congénitales	Non	24	23	0,6381

Variable	Modalité	Non départ	Départ	Test χ^2 (p-value)
Pronostic	Oui	2	3	0,3126
	Défavorable	25	26	
	Favorable	1	0	
Sexe	Féminin	11	15	0,2673
	Masculin	15	11	
Traitement	Inaccessible	14	19	0,1499
	Accessible	12	7	

L'analyse des variables-critères médicaux, ainsi que du sexe, en fonction de la variable départ (admissibilité) à la réinstallation ne met pas en évidence d'association statistiquement significative. En ce qui concerne les maladies chroniques, la majorité des réfugiés concernés, tant parmi ceux restés sur le territoire camerounais que parmi ceux qui l'ont quitté, était de 24 cas dans chaque groupe, sans association statistiquement significative selon le test du chi carré (p-value = 1). De même, les maladies transmissibles concernaient cinq réfugiés dans le groupe « non-départ » et quatre dans le groupe « départ », sans lien statistiquement significatif avec le départ (p-value = 0,7139).

Les malformations congénitales étaient peu fréquentes, avec 05 cas au total pour 03 départs, sans association statistiquement significative (p-value = 0,6381). S'agissant du pronostic médical, la quasi-totalité des cas présentaient un pronostic défavorable sans différence statistiquement significative avec la variable départ, et seulement 26 cas ont été admis en réinstallation. (p-value = 0,3126).

Par ailleurs, la répartition selon le sexe ne montre pas non plus d'association statistiquement significative avec le départ, avec 11 femmes et 15 hommes dans le groupe « non départ », contre 15 femmes et 11 hommes dans le groupe « départ » (p-value = 0,2673). Enfin, bien que le traitement soit jugé inaccessible chez une proportion plus élevée de réfugiés ayant quitté (19 cas) que chez ceux n'ayant pas quitté (14 cas), cette différence n'atteint pas le seuil de significativité statistique (p-value = 0,1499).

En somme, toutes les p-values sont $> 0,05$; les analyses statistiques ne montrent aucune association significative entre la variable « Départ (admissibilité) » et les critères médicaux

étudiés (maladies chroniques, maladies transmissibles, malformations, pronostic, accessibilité du traitement). Les données montrent que ni les conditions médicales, ni l'accessibilité du traitement, ni le sexe, ni le pronostic ne prédisent significativement la variable Départ, qui correspond à l'admission au processus de réinstallation.

Cependant, plusieurs tendances descriptives méritent d'être explorées, possiblement dans le cadre d'une analyse qualitative complémentaire.

2. Qualitatifs

C'est ainsi que, pour comprendre la disparité dans les quotas alloués pour la catégorie besoins médicaux, et le faible enthousiasme des pays de réinstallation pour cette catégorie, la méthode que nous avons utilisée pour l'analyse repose sur une codification thématique en cinq grandes catégories correspondant au guide d'entretien :

- Présentation et parcours
- Impact de l'évaluation médicale sur la réinstallation
- Fiabilité de l'évaluation médicale
- Critères médicaux de réinstallation
- Recommandations

Les entrevues ont été menées sur 10 membres du personnel du HCR travaillant dans la réinstallation et de 12 réfugiés. Les résultats qui ont émergé de nos matériaux étaient les suivants :

➤ Présentation et parcours

Les agents du HCR interrogés ont tous plus de deux ans d'expérience en réinstallation, en collaboration avec d'autres agences. « *Je suis chargée d'organiser les interviews de réinstallation... et de coordonner les missions médicales avec l'OIM.* »

Quant aux réfugiés sélectionnés pour la réinstallation dans cette catégorie, la majorité séjourne au Cameroun depuis 2014. « *Je suis ici depuis 2014.* » / « *Je suis venue en 2013.* ». Mais c'est à partir de 2022 que la plupart ont été informé de la réinstallation. « *C'était en 2022.* » / « *Depuis 2023-2024 on nous a parlé de ça.* »

➤ Impact de l'évaluation médicale sur la réinstallation

Pour ce qui est des réfugiés, il existe une incertitude, une attente prolongée, un manque de retours, des réfugiés ayant ou non passé leurs examens médicaux.

« Ils m'ont promis qu'ils allaient me rappeler, mais jusqu'à présent rien. »

« On ne m'a pas encore fait le médical. » / « Oui, on m'a consulté. »

« Le test de VIH, test de grossesse, radio. » / « On m'a demandé de faire le scanner. »

Elle comporte également un impact psychosocial pour le réfugié : l'attente, l'incertitude et les problèmes de santé non résolus entraînent une forte détresse émotionnelle et une perte de confiance. *« Ils m'ont promis, mais on ne m'a plus jamais rappelée », « Je souffre beaucoup... je veux seulement qu'on fasse avancer mon dossier. »*

Pour ce qui est du personnel du HCR, tous les répondants reconnaissent une valeur ajoutée forte : l'évaluation permet d'identifier les cas graves et de sauver des vies. *« I think it is beneficial and life-saving for them », « L'évaluation médicale est très importante car certains cas ne peuvent pas être soignés ici », « Ça nous aide à avoir la preuve qu'on ne peut pas les soigner ici ». « Quand les réfugiés ont des conditions sérieuses qui ne peuvent être traitées ici, ils peuvent aller recevoir le traitement ailleurs. »* Et pour d'autres encore l'évaluation est aussi un outil de priorisation : cela s'explique par une admissibilité de 63% lorsque le traitement était inaccessible au Cameroun.

« Le docteur écrit urgent, très urgent ou normal selon la gravité, et cela détermine la soumission du dossier ». « L'évaluation médicale est prioritaire lorsque on a affaire à un réfugié qui souffre d'une pathologie qui peut porter atteinte à sa vie (...) où il y a des risques de handicap très graves liés à cette maladie. ». Aucun des répondants n'a rapporté de refus explicite directement imputable à un diagnostic médical. Toutefois, certains reconnaissent que le niveau de gravité conditionne l'acceptation par les pays de réinstallation. Cette réalité pourrait expliquer que, en 2024, dix dossiers classés urgents ont été soumis à la réinstallation, avec un pronostic défavorable s'ils étaient restés au Cameroun. Par ailleurs, les acteurs du HCR estiment que l'évaluation médicale constitue un critère à la fois légitime et essentiel dans le processus de réinstallation, en particulier lorsque les possibilités de traitement locaux sont inexistantes ou insuffisantes. Ils soulignent toutefois que, *« il y a aussi des critères liés à l'âge et des critères liés au pronostic : est-ce que le pronostic vital est engagé, le plateau technique est-il adéquat (...) »*. Ce qui s'inscrit dans les résultats de notre recherche quantitative, avec une moyenne d'âge d'admissibilité de 29 ans, et les réfugiés présentant un pronostic défavorable

ont été réinstallés. Bien que la différence n'ait pas été énorme, aucun cas de pronostic favorable n'a été réinstallé.

Un autre impact de l'évaluation médicale qui a émergé de notre matériau est la rareté des spécialistes, le coût des examens, la diminution du budget par les bailleurs et la lenteur dans la rédaction du MAF, qui créent des ruptures dans le continuum de soins et retardent la réinstallation médicale, comme le confirme ce personnel du HCR, « *Tu peux demander les MAF en décembre 2024, tu auras les résultats en mai 2025* ». « *D'autres réfugiés décèdent parce que le spécialiste n'est pas sur place* ». « *Le scanner je n'ai jamais fait parce que je n'ai pas cet argent* ». « *HCR dit qu'il n'y a pas trop de soutien* »

➤ **Fiabilité de l'évaluation médicale**

Les acteurs institutionnels font confiance aux diagnostics, malgré les délais et obstacles logistiques. La fiabilité repose sur la confiance institutionnelle accordée aux partenaires médicaux et aux procédures internes du HCR. Aucun problème de divergence de diagnostic n'a été observé, ce qui suggère une uniformisation des pratiques. « *The doctors... are competent* ». « *Jamais de divergences dans les diagnostics* ». « *Oui, on peut se fier à 100 %* ». « *Oui les évaluations sont fiables* ». « *Les docteurs sont compétents et les réfugiés ont vraiment des conditions médicales* ». ce qui peut expliquer ceci est le non-recours et ou de réexamen des dossiers. Aucun cas n'a été renvoyé au HCR pour réexamen de dossier médical et aucun recours n'a été engagé.

➤ **Critères médicaux de réinstallations**

Les agents identifient comme critères principaux : l'inaccessibilité du traitement au Cameroun, le coût trop élevé des soins, et la gravité de la pathologie

« *Si le traitement n'est pas disponible ou trop cher, c'est là qu'on soumet pour réinstallation.* »

« *Si le docteur spécialiste (...) nous dit que le cas ne peut pas être soigné ici au pays d'asile (...) le cas nécessite la réinstallation, car on va les réinstaller dans un pays où ils auront accès à tous les soins possibles.* » ce qui s'explique par un taux de maladie chronique élevé, avec traitement inaccessible et pronostic défavorable et la moitié de soumission admissible au programme de réinstallation. Mais encore il a été constaté un faible taux de soumissions et d'admissibilité ces deux dernières années, les personnels nous font comprendre que, « *Certains pays d'accueil refusent les cas médicaux trop lourds, limitant ainsi les possibilités* »: ou encore

« *Quand ils disent 500 réfugiés, aucun cas de maladie, c'est leur décision.* » / « *Depuis décembre, aucun cas de maladie n'a été accepté.* ». Les cas médicaux ne sont plus acceptés par plusieurs pays, aggravant l'attente. Les restrictions des pays de réinstallation réduisent drastiquement les chances des réfugiés ayant des besoins médicaux, malgré leur réelle vulnérabilité. Ce qui peut expliquer la position des États-Unis avec 01 admissibilité en deux ans. « *Les pays comme la France ou le Canada n'acceptent plus les cas médicaux conformément aux nouvelles résolutions prises en 2025.* ». Et encore, « *Les États-Unis ont supprimé les cas de réinstallation avec des besoins médicaux, du coup, on se retrouve avec plusieurs cas coincés.* ». « *On nous dit que pour l'instant on ne fait pas voyager les malades.* ». « *Même les médicaments que je devais prendre, on ne trouve pas ça ici (...) je suis restée presque sans soins.* » « *Les États-Unis étaient notre plus grand porteur, mais maintenant avec Trump....* ». Le Canada déjà en 2024 ne prenait pas de cas urgent, ce qui démontre un taux faible de prise en charge par ce pays sachant que les problèmes médicaux que présentent les réfugiés sont en majorités urgente. En 2023 sur les 16 cas soumis en réinstallations, cinq cas étaient de priorité urgente et un cas de priorité normale qui a été admissible en réinstallation ; en 2024 sur les 36 cas soumis pour la réinstallation 27 étaient des cas urgent et dont un temps traitement de dossier plus court ; et qui dit priorité urgente dit pathologie grave avec pronostic défavorable sans traitement. Situation qui a continué à s'empirer selon les déclarations des membres du personnels du HCR, qui disent qu'« *à partir de l'année 2024 jusque cette année, on n'a pas eu un pays qui accepte les cas médicaux, donc depuis 2 ans on est bloqué.* » « *la France nous a notifié qu'elle n'a plus la capacité d'accepter les réfugiés avec les maladies.* » et même les réfugiés ont été informé de cette décision des pays de réinstallation « *Les pays d'accueil ne prennent pas les cas de santé pour le moment.* » ce qui a fait chuté le taux de réinstallation à presque 1%.

Cette contrainte externe explique en partie pourquoi les variables médicales n'apparaissent pas déterminantes statistiquement : les pays bloquent les cas, indépendamment de la sévérité médicale.

➤ **Recommandations**

Les répondants demandent une meilleure coordination entre HCR, OIM et pays d'accueil pour éviter les lenteurs et refus implicites. Les recommandations convergent vers une révision des critères médicaux et une meilleure inclusion des cas vulnérables dans les quotas. Cela traduit une volonté d'humanisation du processus de réinstallation et un assouplissement de la procédure « *l'aspect procédural est encore très rigoureux on gagnerait justement à l'assouplir*

et ne pas oublier que cela reste une activité humanitaire (...) qui consiste à sauver la vie ». « Je souhaite qu'on puisse envoyer plus de réfugiés avec des besoins médicaux, mais je comprends les limites de ressources. »

VI. Discussion

Lorsqu'il s'agit de déterminer dans quelle mesure l'évaluation médicale influence le processus de réinstallation des réfugiés, la réponse renvoie directement au paradoxe central qui oppose vulnérabilité et admissibilité. Les programmes de réinstallation et d'admission humanitaire du HCR ciblent les réfugiés « particulièrement vulnérables » ou « les plus vulnérables » en accord et collaboration avec le pays de réinstallation et le pays d'accueil ; la réinstallation est ainsi redéfinie comme un processus humanitaire où les réfugiés sont sélectionnés sur la base de besoins de protection³¹. Et à cet effet, le HCR se concentre de plus en plus sur le critère de vulnérabilité selon une pré-identification des besoins fondamentaux et un étiquetage par segments vulnérables, à savoir : les femmes et les filles en danger ; les survivants de violence et/ou de torture ; les réfugiés ayant des besoins de protection juridique et/ou physique ; les réfugiés ayant **des besoins médicaux** ou des handicaps ; les enfants et les adolescents en danger ; le regroupement familial et les personnes n'ayant pas d'autres solutions durables prévisibles³². Et c'est sur le critère « besoin médical » que nous allons nous attarder.

1. L'évaluation médicale comme outil humanitaire et gestion du flux migratoire

L'évaluation médicale sert à identifier les besoins, à préparer l'intégration future et à informer le pays de réinstallation. Mais elle est aussi un filtre de sélection humanitaire.

Aux États-Unis, il est question de la protection sanitaire du public. Depuis 2023, le pays n'accepte plus les cas relevant de besoins médicaux, tout en maintenant l'un des quotas de réinstallation les plus élevés (274 cas), juste derrière la France (364 cas). Depuis 2024, les États-Unis se sont ainsi positionnés comme le principal pays d'accueil de réfugiés, majoritairement en bonne santé (534 cas), sans accepter de réfugiés présentant des besoins médicaux spécifiques (aucune soumission).

³¹ K. LONG, « When refugees stopped being migrants: Movement, labour and humanitarian protection », *Migration Studies*, mars 2013, vol. 1, n° 1, pp. 4-26.

³² UNHCR, « UNHCR Resettlement Handbook », *op. cit.*

En France, on parle de la gestion des ressources médicales disponibles. Le pays figure parmi ceux qui accueillent le plus de réfugiés présentant des besoins médicaux (18 cas), y compris des cas classés comme urgents (09 cas). Toutefois, à l'inverse, le nombre de réfugiés admis pour des raisons médicales demeure relativement faible (22 cas) par rapport aux admissions relevant des autres catégories de réinstallation (306 cas).

Et au Canada, il s'agit d'un équilibre entre inclusion et capacité d'accueil. Si le pays se distingue par une politique migratoire globalement ouverte, cette ouverture demeure plus limitée à l'égard des réfugiés présentant des « besoins médicaux ». En 2023, sur un total de 247 départs toutes catégories confondues, un seul concernait un réfugié ayant des besoins médicaux classés priorité normale. En 2024, sur 153 départs enregistrés, seuls cinq dossiers relevant de la catégorie « besoins médicaux » ont été jugés admissibles.

Ces limites font que les États privilégient les réfugiés dont les besoins médicaux sont jugés compatibles avec leurs ressources, ce qui renforce l'exclusion des personnes atteintes de maladies chroniques, de handicaps sévères ou de conditions nécessitant un suivi long. L'admissibilité pour ces États n'est donc pas fondée uniquement sur l'état médical, mais sur la capacité du pays à assumer cet état, ce qui transforme le droit à la santé et à la protection en une condition³³. L'évaluation médicale devient donc un instrument où l'impartialité médicale rencontre des considérations politiques, économiques et migratoires. L'accès à la santé n'étant pas seulement une question de ressources mais aussi de volonté institutionnelle. Les États utilisent l'évaluation médicale comme un outil de tri, légitimé par des contraintes de santé publique, mais motivé par des logiques de contrôle migratoire³⁴. La réinstallation de personnes qui requièrent donc un traitement médical est problématique et les possibilités de réinstallation sont limitées, car, sur 2 002 admissibilités en réinstallation, il n'y a que 26 réfugiés centrafricains jugés admissibles pour la catégorie « besoins médicaux », ce qui démontre à quel point cette catégorie est marginalisée.

De la question, donc, de savoir dans quelle mesure l'évaluation médicale influence le processus de réinstallation ? Nous dirions que l'évaluation médicale influence profondément la réinstallation, de manière favorable, en ce sens où la prise en compte des besoins médicaux favorise la priorisation des cas médicaux urgents et l'identification objective des besoins. «

³³ S. Ho *et al.*, « Intersectoral and integrated approaches in achieving the right to health for refugees on resettlement: a scoping review », *BMJ Open*, juillet 2019, vol. 9, n° 7, p. e029407.

³⁴ *Ibid.*

L'évaluation médicale est prioritaire lorsque on a affaire à un réfugié qui souffre d'une pathologie qui peut porter atteinte à sa vie (...) où il y a des risques de handicap très graves liés à cette maladie. ». De plus, cette reconnaissance constitue un argument fort pour le dossier de réinstallation et offre la possibilité d'accélérer les cas jugés critiques, selon des critères d'urgence établis³⁵. A contrario, ceci n'a pas été mis en application avec les réfugiés centrafricains, car sur les 52 cas soumis pour la réinstallation, 32 étaient classés urgents, mais seulement 10 cas ont été réinstallés et les 12 autres cas, que sont-ils devenus ?

Cependant, d'aucuns parleront de retard observé dans la transmission des MAF comme l'ont si bien relevé les acteurs du HCR et qui peuvent être défavorable si le dossier arrive après le passage des interviews organisé par les pays d'accueils; le malade peut décéder durant la procédure en cas de délais importants pour des investigations approfondies, *« il ya des personnes qui sont mortes même avant cette année par exemple on a eu un enfant qui souffrait d'hydrocéphalie et c'était vraiment urgent, mais la procédure a trainée de sorte que l'enfant est décédé. »*. *« On a des cas même où un malade urgent qui doit être réinstallé, mais sa femme refuse de l'accompagner et lui il ne peut pas partir sans sa femme. »*. Et aussi, *« ...Un cas de drépanocytose avec complications qui était censé être réinstallé dans les 2 à 3 mois et classés urgent à cause des retards de procédure et contraintes politiques, elle a duré 2 ans, finalement le cas est décédé. »*. Il y a ainsi des facteurs défavorables liés aux procédures légales, aux contraintes familiales et à d'autres facteurs. C'est ainsi que certains auteurs s'accordent à dire que les conditions médicales sérieuses, les maladies chroniques, les handicaps physiques ou mentaux peuvent être interprétés comme des facteurs d'inadmissibilité, en raison de leur association avec des coûts élevés des soins de santé^{36 37}. L'évaluation médicale transforme ainsi les besoins médicaux en critères d'exclusion, créant une tension entre logique humanitaire et logique d'État. Les États utilisent alors la réinstallation comme un mécanisme de contrôle des flux migratoires, dans lequel les considérations sanitaires participent à une forme de sécuritisation de la migration, la santé étant traitée comme un risque potentiel³⁸. Ainsi, les décisions de sélection reflètent des priorités politiques plutôt qu'une application uniforme des principes humanitaires.

³⁵ UNHCR, « UNHCR Resettlement Handbook », *op. cit.*

³⁶ L. MOURAD et K.P. NORMAN, « Transforming refugees into migrants: institutional change and the politics of international protection », *European Journal of International Relations*, septembre 2020, vol. 26, n° 3, pp. 687-713.

³⁷ K. LONG, « When refugees stopped being migrants », *op. cit.*

³⁸ L. MOURAD et K.P. NORMAN, « Transforming refugees into migrants », *op. cit.*

L'évaluation médicale peut être défavorable aussi dans le sens où elle entraîne une sélection discriminante fondée sur le « risque sanitaire ». C'est-à-dire, prenons l'exemple de la santé mentale ; elle renforce la vulnérabilité, mais fragilise l'admissibilité. En cela « *L'évaluation médicale peut ne pas permettre de référer certains cas (...) on ne connaît pas la durée, la pathologie, on n'a même pas fait le bon diagnostic.* ». Tout en reconnaissant que les prestataires manquent souvent de formation en santé mentale des réfugiés et que les récits de traumatismes sont difficiles à évaluer³⁹ comme l'affirme cet agent du HCR qui dit « *Les cas les plus difficiles sont les cas de santé mentale. (...) il y a d'abord le problème d'identification. Il faut avoir une expertise pour déceler certains cas de santé mentale.* » et que « *Certains personnels sanitaires ne sont pas outillés en matière de santé mentale pour pouvoir identifier les cas de santé mentale et référer.* ». Car « *Lorsqu'on construit un dossier avec les besoins en santé mentale, il y a aussi l'évaluation psychologique. On demande encore au personnel médical de faire cette évaluation psychologique sur la personne, pour éviter qu'on amène quelqu'un qui est violent, quelqu'un qui peut constituer un danger pour la communauté, Les cas comme ça sont souvent rejetés. Les cas présentant des besoins médicaux et mentaux. Ce sont des cas s'ils ne sont pas accompagnés d'un rapport psychologique décrivant leur état actuel ; ce sont des cas que le pays de réinstallation n'accepte pas.* » ; Et dans notre échantillon seul un cas avec trouble mental sur VIH lié à cette condition à cause de la stigmatisation par son entourage et du coût élevé de son traitement, a été réinstallé. En soi, il ne présentait pas de risque pour la société d'accueil, car il était jugé stable sous une médication continue et ininterrompue. Et un autre cas, qui avait des problèmes mentaux, a été réinstallé plutôt pour une pathologie chirurgicale, et la maladie mentale en elle-même, a été classé comme gérable par le pays d'accueil. Ce qui est confirmé par ces déclarations : « *Je connais deux cas (...) ils ont été réinstallés (...) mais je ne sais pas si ces cas ont été réinstallés pour motif de maladie mentale ou pour une autre pathologie.* ». Ainsi, l'évaluation médicale n'est pas un simple instrument technique, mais un outil de sélection politique. La vulnérabilité médicale est reconnue discursivement, mais pénalisée pratiquement dans les décisions d'admissibilité.

En outre, l'évaluation médicale peut revêtir un caractère ambivalent, ce qui va introduire la notion du paradoxe. Elle est à la fois perçue comme un outil de protection et, paradoxalement, un outil de contrôle. Ce mécanisme transforme la vulnérabilité en un espace de négociation, un processus qui met à l'épreuve l'éthique humanitaire fondamentale.

³⁹ S. Ho et al., « Intersectoral and integrated approaches in achieving the right to health for refugees on resettlement », *op. cit.*

2. Le paradoxe

La réinstallation repose, en principe, sur l'identification et la protection des réfugiés les plus vulnérables ; pourtant, l'intégration de l'évaluation médicale dans ce processus tend paradoxalement à transformer cette même vulnérabilité en motif d'exclusion, au nom de l'admissibilité sanitaire et des exigences d'intégration future. La maladie devient ainsi un critère ambivalent, à la fois un motif d'urgence justifiant une prise en charge prioritaire et un obstacle majeur à l'accès à la réinstallation. Ce paradoxe s'explique par l'imprécision des définitions de la vulnérabilité, par l'usage d'outils d'évaluation standardisés qui réduisent la complexité des situations médicales, par des logiques politiques privilégiant les profils jugés facilement « intégrables » et, plus largement, par une tension structurelle entre impératifs humanitaires, protéger les plus fragiles, et objectifs de contrôle migratoire visant à limiter les coûts et les risques⁴⁰. En pratique, si la réinstallation est théoriquement destinée aux personnes les plus vulnérables, une vulnérabilité médicale élevée tend à réduire les chances d'admissibilité. Cette dynamique résulte de plusieurs facteurs : le coût potentiellement élevé des soins dans le pays de réinstallation, l'inadéquation entre les besoins médicaux et les capacités sanitaires du pays hôte, les contraintes administratives, telles que les interdictions d'entrée liées à certains risques sanitaires, l'incertitude quant au pronostic des maladies chroniques ou des handicaps lourds.

Dans le prolongement de cette tension entre vulnérabilité et admissibilité, il convient de reconnaître que la problématique se situe également au niveau des quotas alloués à la catégorie des besoins médicaux, lesquels ne représentent que 2 % des places de réinstallation. Cette limitation apparaît d'autant plus problématique que les réfugiés ayant fui des contextes de guerre présentent des besoins médicaux accrus, aggravés par la précarité prolongée des conditions de vie et l'absence de sources de revenus stables. Par ailleurs, la réduction drastique des financements des bailleurs pour la prise en charge des réfugiés centrafricains a rendu l'accès aux soins presque inexistant, au profit de la promotion de voies complémentaires de protection.

Toutefois, dans les évolutions politiques récentes, la réinstallation est de plus en plus considérée comme une « voie » complémentaire de protection, inscrite dans des politiques plus larges d'endiguement et de dissuasion des migrations, ce qui, à la base, n'était pas conçu ainsi. Alors, la réinstallation devient pour les migrants une alternative à l'arrivée spontanée en Europe et

⁴⁰ L. LEBOEUF, « Humanitarianism and Juridification at Play: "Vulnerability" as an Emerging Legal and Bureaucratic Concept in the Field of Asylum and Migration », novembre 2021, disponible sur <https://zenodo.org/records/5722934>.

peut donc être considérée comme un outil de gestion des flux migratoires⁴¹. Cependant, seuls un faible pourcentage des réfugiés dans le monde a la possibilité de se réinstaller. La réinstallation reste donc une ressource rare. Bien que le Pacte mondial sur les réfugiés ait appelé à une expansion des opérations de réinstallation en tant qu'accès sûr à la protection et moyen de partage des charges et des responsabilités, cela ne s'est pas concrétisé dans les faits. Au lieu de cela, des voies alternatives ont proliféré sous le terme générique de « voies complémentaires »⁴² « maintenant, on associe la réinstallation avec les voies complémentaires(...)les voies complémentaires sont des opportunités qui viennent compléter des lacunes de la réinstallation(...)parce que l'élément qui ressort principalement de la réinstallation c'est l'élément protection, c'est l'élément vulnérabilité, c'est l'élément besoin spécifique(...)pourtant les voies complémentaires s'attardent davantage sur l'élément compétences, sur l'élément éducation et même autres éléments qui n'entrent pas forcément dans la protection. ». Ce qui explique à juste titre ce pourcentage de 2% % alloué pour la catégorie « besoins médicaux » et les pays de réinstallation qui n'acceptent plus les cas de maladies.

Empiriquement, les données issues de cette étude illustrent clairement cette contradiction : 92 % des réfugiés présentent des maladies chroniques, 98 % un pronostic défavorable et 63 % un traitement inaccessible, alors que le taux d'admissibilité à la réinstallation n'atteint que 40 %. Au regard de ces résultats, le fossé entre le niveau de vulnérabilité médicale et les critères effectifs d'admissibilité apparaît particulièrement marqué, confirmant ainsi le paradoxe mis en évidence entre protection humanitaire et sélection sanitaire. Ainsi, la cible initiale, les personnes particulièrement vulnérables, devient paradoxalement la catégorie la plus susceptible d'être refusée. Comme le souligne un agent du HCR, « *La maladie est le cas de vulnérabilité le plus prononcé. Vulnérabilité et opportunité de réinstallation, le fossé est très grand ; les pays de réinstallation n'acceptent plus les cas de maladies.* ». Cette situation est susceptible d'engendrer un effet pervers, en détournant l'évaluation médicale de sa finalité première de protection.

Cette contradiction s'explique en partie par le décalage entre les logiques institutionnelles du HCR et celles des États de réinstallation. Alors que les catégories du HCR visent à identifier les

⁴¹ K. DORAI, N. WEISS et J. SCHULTZ, « Appel à contributions : Géographies de la vulnérabilité. Évaluation de la protection dans le cadre de la sélection et de la réinstallation des réfugiés », *Revue européenne des migrations internationales*, 1 juin 2025, disponible sur <https://journals.openedition.org/remi/28262>.

⁴² *Ibid.*

réfugiés éligibles à partir de leur vulnérabilité et de leurs besoins spécifiques, les États de réinstallation appliquent fréquemment leurs propres critères de sélection à partir des listes soumises, en intégrant des considérations telles que les risques sécuritaires ou la « capacité d'intégration ». Ce décalage influence la manière dont la vulnérabilité est interprétée et opérationnalisée⁴³, jouant le plus souvent en défaveur des réfugiés présentant des besoins médicaux et ne pouvant être sélectionnés dans une autre catégorie. Toutefois, dans le cadre de cette étude, bien que les « départs » n'aient concerné qu'environ la moitié des dossiers soumis, la majorité des admissibilités ont porté sur des diagnostics de maladies chroniques. Par ailleurs, parmi les cinq enfants présentant une malformation congénitale, trois ont effectivement été réinstallés. De même, certaines pathologies chroniques susceptibles d'entraîner des handicaps physiques, telles que les hernies discales, les spondylodiscites et les ostéomyélites, observées chez des enfants et de jeunes adultes, ont donné lieu à des réinstallations. Ainsi, bien que le paradoxe entre vulnérabilité et admissibilité demeure une réalité, le cas des réfugiés centrafricains met en évidence l'existence de certaines exceptions dans l'application des critères de réinstallation.

La réinstallation reste donc une ressource très rare dont il faut poser les bonnes cartes ; et la carte de la vulnérabilité médicale, ces deux dernières années, joue en défaveur des réfugiés centrafricains qui sont éligibles dans la catégorie des besoins médicaux. Étant donné que les pays de réinstallation recherchent de la main-d'œuvre et non des « bouches à nourrir » gratuitement dans le budget de l'État. La vulnérabilité devient donc un concept plus tôt qu'un outil à fort impact dans l'admissibilité au processus de réinstallation ; elle occupe donc une fonction discriminante liée à la précarité économique et à une stigmatisation sociale⁴⁴ ; cela contribue au paradoxe entre la vulnérabilité reconnue et l'admissibilité refusée. Et comme le dit cet auteur, l'évaluation de la vulnérabilité reste intrinsèquement subjective et politique, influencée par les évolutions géopolitiques, les contextes locaux de mise en œuvre et les politiques nationales⁴⁵. Dans les trois contextes des pays de réinstallation vus plus haut, l'évaluation médicale opère comme un instrument de tri entre les vulnérabilités « gérables » et « ingérables ». Aux États-Unis, la santé est à la fois un outil d'intégration et une barrière d'entrée. L'évaluation médicale ne cherche pas d'abord à protéger le réfugié, mais à s'assurer qu'il ne compromettra pas la société d'accueil. En France, plus la vulnérabilité est grave, moins

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ H. NICOLLE, « Ce que disent les « vies nues » », *Terrains/Théories*, juin 2023, n° 17, disponible sur <https://journals.openedition.org/teth/5256>.

⁴⁵ K. DORAÏ, N. WEISS et J. SCHULTZ, « Appel à contributions », *op. cit.*

la réinstallation est considérée utile. Ainsi, la vulnérabilité, censée justifier la protection, devient un critère d'exclusion indirecte, par incapacité d'intervention. Et enfin au Canada, elle tente de concilier protection et faisabilité, car l'admission d'une personne à risque pourrait avoir des conséquences sur l'économie et la sécurité publique⁴⁶. Le fait de ne pas être admissible peut découler de plusieurs causes, dont un problème de santé existant, un risque pour la santé ou la sécurité publique, ainsi que le fardeau excessif⁴⁷.

Ainsi, l'analyse des dispositifs nationaux de réinstallation met en évidence un paradoxe central : alors que la réinstallation est destinée, en principe, aux réfugiés présentant des « besoins élevés de protection », l'admissibilité constitue un filtre déterminant au sein duquel la santé occupe une position ambivalente. Le retrait progressif des pays de réinstallation vis-à-vis des réfugiés ayant des besoins médicaux soulève des interrogations quant à l'évolution des priorités politiques, oscillant entre une moindre centralité des considérations humanitaires et une orientation croissante vers la recherche de profils perçus comme économiquement « intégrables », notamment en termes de main-d'œuvre. Cette tendance est d'autant plus manifeste que, parallèlement, une augmentation des réinstallations est observée chez les réfugiés centrafricains répondant à d'autres critères de sélection. En outre, certains États imposent un dépistage médical préalable dans le pays de premier asile, transformant ainsi les besoins médicaux en un facteur potentiel d'exclusion plutôt qu'en un motif de protection⁴⁸. Le paradoxe entre vulnérabilité et admissibilité s'exprime alors clairement : plus le besoin de protection médicale est élevé, moins la probabilité de réinstallation apparaît importante.

Alors, il va sans dire que l'évaluation médicale, conçue pour favoriser la réinstallation sécurisée, devient un outil de sélection humanitaire, où la santé du réfugié est évaluée non pas comme un droit, mais comme un risque administratif et budgétaire. Parallèlement, la réinstallation demeure structurée par des logiques géopolitiques, elle continue d'être orientée par des intérêts nationaux changeants et par des critères sécuritaires tels que les menaces à l'ordre public ou à la sécurité nationale, ou encore le danger supposé pour la société d'accueil. Ainsi, le régime de réinstallation, décrit comme centré sur l'État et caractérisé par une forte diversité normative, articule de manière contradictoire l'humanitarisme incarné par la prise en

⁴⁶ H.I. RABENARIVO, « La discrimination en droit de l'immigration : le cas de l'inadmissibilité médicale », septembre 2024, disponible sur <https://hdl.handle.net/1866/40705>.

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ « Refugee Resettlement: Power, Politics, and Humanitarian Governance 9781785339455 », *dokumen.pub*, s.d., disponible sur <https://dokumen.pub/refugee-resettlement-power-politics-and-humanitarian-governance-9781785339455.html>.

compte des vulnérabilités et des besoins particuliers et les impératifs de contrôle migratoire et d'intégration future⁴⁹. Cette articulation produit des rapports de pouvoir asymétriques qui, en prolongeant les incertitudes et la dépendance administrative des réfugiés, reconduisent le paradoxe fondateur du dispositif : plus la vulnérabilité médicale est élevée, plus l'admissibilité tend à se restreindre, mettant en évidence les limites structurelles du modèle de protection.

VII. Conclusion

La réinstallation repose sur la reconnaissance de la vulnérabilité, mais elle tend paradoxalement à exclure les réfugiés les plus vulnérables, en raison des coûts élevés de leur prise en charge dans les pays de réinstallation. En pratique, moins de 2 % des réfugiés centrafricains au Cameroun sont réinstallés au titre de la catégorie des besoins médicaux, ce qui met en évidence un fait majeur : les pays de réinstallation privilégient une immigration choisie, en contraste avec la vocation humanitaire affichée du dispositif de réinstallation. Dès lors, l'évaluation médicale, initialement conçue pour renforcer l'équité du processus, devient un filtre restrictif façonné par les impératifs sanitaires des États, par les capacités de leurs systèmes de soins, mais également par les trajectoires sociales des demandeurs. Ces derniers sont souvent confrontés à des formes de stigmatisation liées à la maladie, à la famille ou à l'appartenance ethnique, ce qui peut retarder, voire compromettre définitivement, leur admissibilité au programme. Ainsi, le paradoxe entre vulnérabilité et admissibilité se manifeste comme une tension permanente entre logique humanitaire et logique étatique, tension qui structure profondément le parcours des réfugiés centrafricains au Cameroun : plus les besoins médicaux sont importants, plus les chances de réinstallation tendent à diminuer.

⁴⁹ *Ibid.*

Références :

BANQUE MONDIALE, « ÉVALUATION DE LA PAUVRETÉ EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE 2023 FEUILLE DE ROUTE POUR LA RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE », 2023.

CAMEROUN, A.N., « Journal officiel du Cameroun | LOI N° 2005/006 du 27 JUILLET 2005 », 2005, disponible sur <https://www.juriafrica.com/lex/loi-2005-006-27-juillet-2005-17731.htm> .

CLINTON-DAVIS, Lord et FASSIL, Y., « Health and social problems of refugees », *Social Science & Medicine*, août 1992, vol. 35, n° 4, pp. 507-513.

DORAÏ, K., WEISS, N. et SCHULTZ, J., « Appel à contributions : Géographies de la vulnérabilité. Évaluation de la protection dans le cadre de la sélection et de la réinstallation des réfugiés », *Revue européenne des migrations internationales*, 1 juin 2025, disponible sur <https://journals.openedition.org/remi/28262>.

ENNUYER, B., « La vulnérabilité en question ? », *Ethics, Medicine and Public Health*, juillet 2017, vol. 3, n° 3, pp. 365-373.

GASTINEAU, B. *et al.*, *La vulnérabilité à l'encontre des idées reçues*, Les Impromptus du LPED, n° #06, Marseille, Laboratoire Population environnement développement, 2020.

HO, S. *et al.*, « Intersectoral and integrated approaches in achieving the right to health for refugees on resettlement: a scoping review », *BMJ Open*, juillet 2019, vol. 9, n° 7, p. e029407.

HOUENOU, A.S., « Aspects de la crise en République centrafricaine », *Paix et sécurité européenne et internationale*, octobre 2016, p. 1152.

LEBOEUF, L., « Humanitarianism and Juridification at Play: “Vulnerability” as an Emerging Legal and Bureaucratic Concept in the Field of Asylum and Migration », novembre 2021, disponible sur <https://zenodo.org/records/5722934>.

LESUEUR, T., « République centrafricaine : autopsie d’une crise méconnue: », *Politique étrangère*, septembre 2014, n° 3, pp. 163-174.

LONG, K., « When refugees stopped being migrants: Movement, labour and humanitarian protection », *Migration Studies*, mars 2013, vol. 1, n° 1, pp. 4-26.

MANN, E.M. *et al.*, « Health challenges in refugee resettlement: an innovative multi-sector partnership to improve the continuum of care for resettled refugees », *Journal of Travel Medicine*, novembre 2020, vol. 27, n° 7, p. taaa103.

MOURAD, L. et NORMAN, K.P., « Transforming refugees into migrants: institutional change and the politics of international protection », *European Journal of International Relations*, septembre 2020, vol. 26, n° 3, pp. 687-713.

NATIONS UNIES, « Pacte mondial sur les réfugiés », New York 2018.

NATIONS UNIS, « Convention internationale relative au statut des réfugiés », 1951.

NICOLLE, H., « Ce que disent les « vies nues » », *Terrains/Théories*, juin 2023, n° 17, disponible sur <https://journals.openedition.org/teth/5256>.

OIM, « Migration health assessment and travel health assistance », 2020.

RABENARIVO, H.I., « La discrimination en droit de l'immigration : le cas de l'inadmissibilité médicale », septembre 2024, disponible sur <https://hdl.handle.net/1866/40705>.

UNHCR, « Manuel de réinstallation du HCR », 2011.

UNHCR, « UNHCR Resettlement Handbook », 2011, disponible sur <https://emergency.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20Resettlement%20Handbook%202011.pdf>.

UNHCR, « Manuel de réinstallation du HCR | Besoins médicaux », 2011, disponible sur <https://www.unhcr.org/resettlement-handbook/fr/>.

UNHCR/AFRICA, « UNHCR Global Report 2011 - Cameroon », *UNHCR Africa*, 2011, disponible sur <https://www.unhcr.org/africa/media/unhcr-global-report-2011-cameroon>.

UNHCR-CANADA, « Resettlement Country: Canada », 2022, disponible sur <https://www.unhcr.org/resettlement-handbook/wp-content/uploads/sites/153/2023/02/Country-Chapter-Canada-2023.pdf>.

UNHCR-USA, « Resettlement Country: USA », 2022, disponible sur <https://www.unhcr.org/resettlement-handbook/wp-content/uploads/sites/153/2023/02/Country-Chapter-United-States-2022.pdf>.

USCIS, « Immigration and Nationality Act | USCIS », 10 juillet 2019, disponible sur <https://www.uscis.gov/laws-and-policy/legislation/immigration-and-nationality-act>.

« UNHCR Resettlement Handbook, 2011 », *Refworld*, s.d., disponible sur <https://www.refworld.org/policy/opguidance/unhcr/2011/en/97558>.

« 3.7 Besoins médicaux | Manuel de réinstallation du HCR », s.d., disponible sur <https://www.unhcr.org/resettlement-handbook/fr/3-resettlement-submission-categories/3-7-besoins-medicaux/>.

« Refugee Resettlement: Power, Politics, and Humanitarian Governance 9781785339455 », *dokumen.pub*, s.d., disponible sur <https://dokumen.pub/refugee-resettlement-power-politics-and-humanitarian-governance-9781785339455.html>.

Annexe

Annexe 1 : formulaire d'évaluation médicale

FOR OFFICIAL USE ONLY

DIAGNOSIS

ACTION

TIMEFRAME

**UNHCR**
United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

Medical Assessment Form (MAF)
CONFIDENTIAL
*To be completed by qualified medical professional.
Please read the Guidance Notes for instructions on how to fill this form.*

Date: Place: Initial MAF? Yes ☒ No ☐
Name of examiner: Date of previous MAF:

1 Patient Information
Family name: Given name(s):
Date of birth: Age: Sex: Male ☐ Female ☐
UNHCR Reg. No:
Country of origin: Country of asylum:
Current Location/
Address:
Contact: Tel:

2 Medical History
2.1 Previously Diagnosed Medical Conditions
Please tick from list or record any noteworthy medical conditions

Cardiovascular (excluding hypertension)	☐	Diabetes	☐
Hypertension	☐	Hepatitis B or C	☐
Asthma/ COPD	☐	Renal disease	☐
Allergies	☐	Cancer	☐

Other: (please specify)
Surgical history: (please specify)
Other Personal conditions

2.2 Current Medical Conditions

Primary Condition	Since when? (dd / mm / yyyy)	Condition confirmed by...?
Describe medical history of the condition: Onset, cause, course, risk factors, symptoms, etc...		

Autre(s) pathologie(s)

Autre(s) pathologie(s)	Depuis quand ?	Pathologie confirmée par	Observations

Autre(s) pathologie(s)

Autre(s) pathologie(s)

Depuis quand ? Pathologie confirmée par

Observations

Autres commentaires:

3. Examen médical

3.1 Bilan clinique et para clinique

Indiquez les observations issues de votre examen clinique:

Conclusions de l'examen clinique: Résumer les résultats de l'examen physique.

Examens complémentaires réalisés

Analyse/examen/procédure

Réalisé où?

Date

(jj / mm / aaaa)

Résultats

➡ Veuillez joindre une copie des résultats correspondants.

3.2 Diagnostic:

(y compris le code CIM si connu)

Principal:

Secondaire:

Tertiaire:

3.3 Traitements/Soins/Interventions en cours ou programmés

Décrire la prise en charge thérapeutique actuelle (traitement/soins), y compris toutes interventions ayant un lien avec la ou les pathologies concernées. **Fournir la liste complète du traitement en cours : inscrire le nom des médicaments sous forme générique (pas de noms commerciaux), avec les posologies, ainsi que les dates de début et de fin du traitement.**

Médication/Soins/Interventions

Date de début

(jj / mm / aaaa)

Durée

Posologie/Type

Décrire le stade et/ou la sévérité de la maladie, ainsi que son évolution probable sous traitement, selon le protocole thérapeutique établi, et dans le milieu de vie actuel du patient. Estimer si possible son espérance de vie et mentionner les éventuelles complications médicales prévisibles.

--

4. Prise en charge du patient

4.1 Examens/investigations complémentaires à prévoir

A-t-on besoin de pratiquer d'autres examens d'investigation Oui ☐ Non ☐ Si oui, veuillez préciser. _____

4.2 Options thérapeutiques envisageables

Le traitement/les soins actuels assurent-ils une prise en charge adéquate du patient? Oui ☐ Non ☐

Le traitement /soins nécessaires sont-ils disponibles dans le lieu où se trouve actuellement le patient? Oui ☐ Non ☐

L'accès au traitement/aux soins nécessaires est-il garanti pendant toute la durée de la maladie dans l'endroit où se trouve le patient actuellement? Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu **Non** à l'une des questions ci-dessus, veuillez indiquer un autre traitement/protocole de soins, plus approprié:

Autre traitement/protocole de soins	Durée	Disponible/accessible Cocher la case correspondante : P = dans le pays / R = dans la région / I = indisponible	Remarques
_____	_____	(veuillez préciser) P ☐ R ☐ I ☐	_____
_____	_____	(veuillez préciser)	_____

Cet autre traitement/protocole de soins est-il disponible **ET** accessible dans le pays d'asile? Oui ☐ Non ☐ Inconnu ☐

Un autre traitement/protocole de soins améliorerait-il significativement le pronostic? Oui ☐ Non ☐ Si oui, veuillez préciser. _____

5. Evaluation des activités de la vie quotidienne

Cette section a pour but de mesurer l'impact de l'état de santé du patient sur sa capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ).

Activités de la vie quotidienne	Situation actuelle Noter la capacité: C = Capable / P = Partiellement / I = Incapable	Un autre traitement/d'autres soins peuvent-ils améliorer significativement les AVQ?	Remarques
Capable de s'alimenter	C ☒ P ☐ I ☐	Oui ☒ Non ☐	_____
Capable de préparer sa nourriture	C ☒ P ☐ I ☐	Oui ☒ Non ☐	_____
Capable d'utiliser les toilettes	C ☒ P ☐ I ☐	Oui ☒ Non ☐	_____
Capable de s'habiller	C ☒ P ☐ I ☐	Oui ☒ Non ☐	_____
Capable de monter des escaliers	C ☐ P ☒ I ☐	Oui ☒ Non ☐	_____
Capable de travailler et de subvenir à ses besoins	C ☐ P ☐ I ☒	Oui ☒ Non ☐	_____

Remarques complémentaires: _____

6 Ligne d'action recommandée

Veillez indiquer la ligne d'action recommandée en vous basant sur l'évaluation clinique, le diagnostic, le pronostic et l'évaluation des activités de la vie quotidienne. Les traitements, soins et procédures recommandés doivent être disponibles et accessibles au patient et doivent aboutir à l'amélioration de sa capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne (sauf en cas de soins palliatifs).

	Code	Action	Détails
▶ N	C =	Continuer le traitement/les soins actuels	
	S =	Examens Supplémentaires nécessaires	
	A =	Traitement/soins actuels inadéquats, commencer un Autre traitement/d'Autres soins	
	N =	Traitement/soins adéquats Non disponibles dans le pays	
	I =	Traitement/soins adéquats disponibles dans le pays mais Inaccessibles	
Remarques complémentaires: _____			

6.1 Délai recommandé pour l'intervention médicale

▶ U	I =	Immédiat	Tout état de santé qui menace immédiatement le pronostic vital (Délai: < 1 mois)
	U =	Urgent	Tout état de santé qui ne menace pas immédiatement le pronostic vital mais nécessite des interventions vitales. Tout état de santé qui présente un risque majeur d'aggravation ou de complications en l'absence d'intervention médicale (Délai: 1 à < 6 mois)
	N =	Normal	Tout état de santé qui n'engage pas le pronostic vital du patient ou ne présente pas de risque majeur d'aggravation ou de complications s'il n'y a pas d'intervention médicale mais qui nécessite une intervention pour réduire le risque d'aggravation ou de complications et améliorer la qualité de vie de la personne et son état général (Délai: ≥ 6 mois)

6.2 Besoins de transport particuliers

Aucun	☐	Escorte médicale	☐
Chaise roulante	☐	Transfert en ambulance	☐
Brancard	☐	Equipeement médical	☐
Autre	☐	_____(veuillez préciser)_____	

7 Certification

Je soussigné certifie que les informations concernant l'état de santé du patient décrites ci-dessus ainsi que les signes cliniques relevés lors de l'examen médical sont à ma connaissance exacts et complets dans les moindres détails ; j'ai par ailleurs pris bonne note que ces informations seront utilisées dans le seul but de déterminer et de fournir l'assistance nécessaire et adaptée au patient.

Nom _____	Fonction _____
Clinique/Hôpital/Organisation _____	
Lieu _____	Date _____ Signature _____

8. Consentement du patient et autorisation de divulgation des informations

J'autorise le médecin chargé de l'examen à transmettre le présent Formulaire d'Evaluation Médicale (FEM) dûment rempli au fonctionnaire du HCR chargé de mon dossier. J'autorise en outre le HCR à communiquer le présent FEM ainsi que les documents et rapports médicaux qui y sont attachés et qui ont trait à moi-même et/ou à des membres de ma famille ou personnes à charge, à des fonctionnaires de gouvernements autres que celui de mon pays d'origine ou de nationalité, dans le cadre d'une demande de réinstallation. A cet égard, j'autorise l'instance gouvernementale du pays de réinstallation qui reçoit ce FEM du HCR dans le cadre d'une demande de réinstallation à communiquer les informations figurant dans les sections 5 et 6 du présent document à une agence d'installation appropriée (gouvernementale ou non gouvernementale), à condition qu'il existe un accord de confidentialité entre l'agence et l'instance gouvernementale, afin de protéger la confidentialité de ces informations.

Nom _____	Date _____	Signature _____
-----------	------------	-----------------

9 Commentaires des Services de réinstallation du HCR

USAGE OFFICIEL UNIQUEMENT

[illegible]

Annexe 2 : Guide d'entretien personnel du HCR

Dans le cadre d'un mémoire dont l'objectif général est d'analyser les critères d'évaluations médicales et son impact sur le processus de réinstallation des réfugiés centrafricains au Cameroun. Votre participation est capitale pour mieux comprendre ce processus.

Cet entretien durera environ 1 heure. Vos réponses seront utilisées dans l'anonymat et l'enregistrement sera effacé à la fin de l'étude.

Présentation et parcours

1. Pouvez-vous nous parler de votre rôle au sein du HCR en lien avec la réinstallation des réfugiés centrafricains ?
2. Depuis combien de temps êtes-vous en charge de ces questions ?

Impact de l'évaluation médicale sur la réinstallation

3. Quelle est, selon vous, la valeur ajoutée de l'évaluation médicale dans le processus de réinstallation ?
4. Selon vous, comment les résultats de l'évaluation médicale peuvent-ils influencer la décision finale de réinstallation ?
5. Avez-vous observé des cas où l'évaluation médicale a été défavorable à la réinstallation ? Pouvez-vous donner des exemples ?

Fiabilité de l'évaluation médicale

6. Pensez-vous que l'évaluation médicale réalisée dans le cadre de la réinstallation est fiable ?
7. Avez-vous eu connaissance des cas où des erreurs ou des divergences dans les diagnostics médicaux ont influencé une décision de réinstallation ?

Critères médicaux de réinstallation

8. Selon vous, quels sont les critères médicaux en vigueur en santé internationale ?
9. Que pensez-vous de ces critères
10. Y a-t-il des aspects de ces critères qui devraient être revus ?

Recommandations

11. Quelles améliorations suggèreriez-vous pour faciliter l'accès des réfugiés aux évaluations médicales dans le cadre de la réinstallation ?

12. Comment le HCR pourrait-il mieux accompagner les réfugiés nécessitant une prise en charge médicale spécifique dont la réinstallation a été refusée ?

Merci pour votre temps et votre contribution. Souhaitez-vous ajouter quelque chose sur ce sujet ?

Annexe 3 : guide d'entretien à l'intention des bénéficiaires à la réinstallation

Objectif : d'analyser les critères d'évaluations médicales et son impact de l'évaluation médicale sur le processus de réinstallation.

Perception des bénéficiaires

Bonjour, merci pour votre participation à cet entretien qui durera environ 1 heure. Nous menons

une étude pour mieux comprendre vos expériences concernant l'évaluation médicale dans le cadre du processus de réinstallation. Votre contribution est capitale et restera anonyme. Vous êtes libre de partager vos expériences et d'arrêter l'entretien à tout moment.

Présentation et parcours

1. Pouvez-vous, vous présenter ?
2. Séjournez-vous au Cameroun depuis combien de temps et comment avez-vous été informé(e) de la possibilité de réinstallation ?
3. Comment se déroule le processus de sélection pour la réinstallation ?

Expérience avec l'évaluation médicale

4. Avez-vous déjà passé l'évaluation médicale pour la réinstallation ? Si oui, pouvez-vous me décrire comment cela s'est déroulé ?
5. Comment avez-vous été informé(e) de l'importance de l'évaluation médicale dans le processus de réinstallation ?
6. Quels types d'exams médicaux vous ont été demandés ?

Perception de l'impact des résultats sur la réinstallation

7. Avez-vous reçu les résultats de votre évaluation médicale ? Si oui, vous ont-ils été expliqués clairement ?
8. Pensez-vous que les résultats médicaux ont eu un impact sur votre dossier de

réinstallation ?

9. Craignez-vous l'issue de ces résultats sur votre dossier de réinstallation ?

10. Connaissez-vous des réfugiés dont la réinstallation a été retardée ou refusée pour des raisons médicales ?

Recommandations et perspectives

11. Selon vous, que pourrait-on améliorer dans ce processus d'évaluation médicale en vue de la réinstallation ?

12. Souhaitez-vous ajouter une dernière réflexion concernant votre expérience ?

Merci pour votre temps et votre participation.

Annexe 5 : Fiche d'orientation de collectes des données

Informations générales

1. Numéro de dossier réfugié (ID unique) :

2. Sexe

☐ Homme

☐ Femme

☐ Autre

3. Âge (au moment de la demande de réinstallation) :

4. Statut individuel

☐ Célibataire

☐ Marié(e)

☐ Divorcé(e)

☐ Veuf(ve)

5. Type de réinstallation

☐ Individuelle

☐ Regroupement familial

6. Pays de réinstallation :

Critères médicaux et évaluation médicale

1. Une évaluation médicale a-t-elle été réalisée ?

☐ Oui

☐ Non

2. Type De bilans médicaux

☐ Bilans sanguins (hépatite, VIH)

☐ Radiographie pulmonaire (TBC)

☐ Test de dépistage de maladies infectieuses

☐ Evaluation pour maladies chroniques

☐ Evaluation psychologique

☐ Autre : _____

3. Résultat de l'évaluation médicale

☐ Apte à la réinstallation

☐ Besoin de suivi médical

☐ Dossier retardé pour complément médical

☐ Dossier rejeté pour raison médicale

13

4. Si dossier rejeté, motif principal (selon les critères médicaux enregistrés) :

☐ Maladie chronique nécessitant un traitement prolongé

☐ Maladie contagieuse (spécifié)

☐ Handicap nécessitant une assistance médicale continue (spécifié)

☐ Autre :

Recours juridique

1. Un recours a-t-il été introduit suite à une évaluation médicale défavorable ?

☐ Oui

☐ Non

2. Si oui, quel a été l'issue ?

☐ Réinstallation acceptée après réévaluation

☐ Réinstallation refusée définitivement

☐ En attente de décision

Recommandation

1. Le pays de réinstallation a-t-il exigé des examens médicaux supplémentaires ne faisant pas partir des critères médicaux de base avant ou après l'arrivée ?

☐ Oui

☐ Non