

Migration et santé: défis et opportunités d'une relation complexe

Luciano Ruggia^a

^a MPH, Institute of Social and Preventive Medicine, Université de Berne

Résumé

L'interaction des notions de migration et de santé est multiple et complexe. Elle soulève des questionnements éthiques majeurs, tels que l'équité dans l'accès à la santé. Cet article explore certains éléments de cette relation, en portant une attention particulière sur un groupe de migrants particulièrement vulnérables, ceux en provenance d'Afrique subsaharienne. En développant une vision intégrée de la relation entre migration et santé, il est possible de poursuivre et approfondir de nouvelles pistes d'actions, souvent peu exploitées jusqu'à présent.

Mots clés: migration, santé, Afrique subsaharienne.

Introduction

Un migrant, avant d'être un phénomène social, est avant tout un être humain dans toute sa complexité. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit d'examiner sa relation à la santé. En tant qu'individu, le migrant devrait être valorisé et considéré comme acteur de son existence, notamment en matière de santé, plutôt que comme simple objet d'un système. En ce sens, il ne faut plus cantonner la personne migrante à être un receveur des prestations du système de santé, mais il faut plutôt l'aider et l'encourager à devenir acteur agissant de sa santé.

L'interaction des deux notions de migration et de santé est multiple et complexe. Cela soulève notamment des questionnements éthiques majeurs tels que l'équité dans l'accès à la santé. Nous aimerions explorer ici certains éléments de cette relation, en portant notre attention sur un groupe de migrants particulièrement vulnérable, ceux en provenance d'Afrique subsaharienne.

Droit à la santé et équité

Le droit à la santé a été d'abord exprimé dans la Constitution de l'OMS en 1946 qui mentionne que «bénéficier du plus haut standard possible de santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ...». La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 mentionne aussi explicitement la santé (article 25). Aujourd'hui, malheureusement, il

est évident que des populations entières ne disposent parfois même pas des standards minimaux de santé. La réflexion autour de ce droit doit donc se développer autour de la notion éthique d'équité.

L'OMS définit l'équité comme «l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques». Il est donc nécessaire que l'absence d'équité en matière de santé aille au-delà des simples inégalités relatives aux déterminants de la santé, à l'accès aux ressources nécessaires pour améliorer la santé ou la conserver ou aux résultats en matière de santé.¹ Les injustices, les déséquilibres socio-économiques, le manque de respect des droits de l'homme contribuent tous à cette absence d'équité.

Migration: définition et chiffres

La migration est un phénomène aux multiples implications sociétales, qu'elles soient politiques, sociales, économiques, ou autres. La notion de migration même peut être assez large, parfois au point qu'elle peine à déployer une utilité opérationnelle. Toute personne ayant quitté son pays pour vivre dans un autre peut être considéré comme un migrant. Il est donc nécessaire de toujours bien définir de quelle migration il est question.

En 2015, le nombre de migrants au niveau mondial atteint les 244 millions, pour une augmentation de 71 millions, soit du 41%, depuis l'année 2000. Si les chiffres évoluent rapidement, l'Europe est une des régions qui attirent le plus les migrants, en particulier les migrants africains [1]. Si nous prenons l'exemple de la Suisse qui, pour une population de huit millions d'habitants, héberge deux millions d'étrangers, nous devons nous interroger sur la signification du concept de «migrant» dans le contexte helvétique. En effet, concernant le droit à la santé, ce ne sont pas tous les étrangers dont il faut se soucier, mais bien les migrants «vulnérables» auprès desquels les efforts d'équité doivent être plus importants.

Parmi les migrants les plus vulnérables, nous avons choisi de porter notre regard en particulier sur les mi-

¹ Voir www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/ (consulté le 5/6/2017).

grants originaire d'Afrique subsaharienne (SSAm). Pour les pays d'Afrique subsaharienne uniquement, les données de l'OFS indiquent un total de 83 515 personnes résidentes en Suisse au 31 décembre 2013. Ce chiffre inclut toute la population résidente permanente et non permanente née dans la région cible et âgée de 18 ans ou plus. Les pays les plus représentés sont l'Erythrée, avec plus de 10 000 personnes, suivie de l'Afrique du Sud, Cameroun, Angola et R.D. du Congo, avec pour chacun plus de 6000 individus. Il faut souligner toutefois que ces données ont depuis probablement subi d'importantes modifications et qu'elles n'incluent pas les sans-papiers.

Déterminants sociaux de la santé et migrants

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances reflètent aussi des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local [2]. Les déterminants sociaux de la santé sont souvent représentés comme des niveaux se superposant et allant du niveau le plus individuel à celui le plus global. Des facteurs biologiques tels que l'âge ou le sexe, les styles de vie, les influences sociales ou communautaires, les conditions de vie ou de travail et en général les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales influencent la santé des individus. La migration est en soi un déterminant de la santé [3]. Les migrants sont plus vulnérables dans leur santé, mais ils ne constituent pas un danger systémique à la santé publique des pays d'accueil. La vulnérabilité des migrants est exacerbée par des environnements légaux hostiles ou indifférents aux migrants. Afin de résoudre ces problèmes, il est nécessaire de mettre en place des interventions intersectorielles coordonnées ainsi que des interventions ciblées afin d'adresser des difficultés spécifiques.

Migrants et VIH

Un domaine qui met en évidence cette relation particulièrement complexe est celui des maladies transmissibles et du VIH en particulier. D'une part, les migrants ont été historiquement associés, à tort, à la diffusion des infections; de l'autre, une partie importante des migrants qui arrivent chez nous aujourd'hui fuient des guerres, la pauvreté, la violence, les persécutions ou des désastres naturels dans des pays où les systèmes de santé sont parfois très affaiblis et ils connaissent ainsi de défis sanitaires majeurs [4]. Les peurs et préjugés liés aux maladies infectieuses influencent négativement les

politiques migratoires et les actions en faveur des réfugiés et des demandeurs d'asile [5]. Le cheminement migratoire, qui peut parfois durer des années, constitue en soi aussi un risque sanitaire non négligeable.

Concernant le VIH, une récente enquête européenne indique que la plupart des migrants auraient acquis le VIH dans leur pays d'accueil plutôt que dans celui d'origine [6]. C'est pour les migrants subsahariens que la proportion d'infection dans le pays d'origine est la plus faible (22%), alors que 31% auraient acquis le VIH dans leur pays d'accueil, on note cependant un large pourcentage (47%) de cas pour lesquels le lieu d'infection n'a pas pu être déterminé.

En Suisse, selon les données du système national de surveillance du VIH, en 2014 les SSAm représentent toujours, avec 18% des nouveaux cas de transmission du VIH parmi la population hétérosexuelle (contre 25% en 2013), un des groupes les plus affectés par le VIH, précédé uniquement par les hommes ayant des relations avec d'autres hommes (HSH) [7]. Les données européennes plus récentes montrent que sur la période 2007-2012, des 156 817 cas reportés par le système TESSy (European Surveillance System), 60 466 (38%) concernaient des migrants, dont 53% étaient des SSAm.² L'épidémie de VIH au sein des populations migrantes est en train de changer, en fonctions de facteurs tels que les changements globaux de l'épidémie, l'impact des antirétroviraux (ART) à large échelle et les changements dans les flux migratoires [8, 9].

Pour les SSAm, les discriminations et stigmatisations liées au VIH sont souvent démultipliées par des phénomènes de racisme. Pas assez d'efforts ne sont déployés pour la prévention du VIH et autres IST auprès des SSAm. Si la mobilisation communautaire a prouvé son efficacité [10], aucun effort n'est fait pour la maintenir et la développer.

Accès aux systèmes de santé

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mis en place à partir de 2002 un Programme national migration et santé. Le programme en cours, qui couvre la période 2012-2017, se concentre particulièrement sur quatre champs d'actions: promotion de la santé et prévention, formation et couverture médicale, inter-prétariat communautaire et recherche et gestion des connaissances.³

Concernant la promotion de la santé et la prévention, il faut en particulier mentionner la plate-forme nationale migesplus.ch développée et coordonnée par la Croix-Rouge suisse (CRS). En fournissant des informations en plusieurs langues sur des questions de santé, ce pro-

2 Voir <http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/Pages/index.aspx> (consulté le 30/11/2016).

3 Voir www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-migration-gesundheit.html (consulté le 05.06.2017).

gramme contribue à supprimer les obstacles d'accès et à améliorer la santé des migrants. Il s'adresse à la fois aux spécialistes de la santé, du social et de la formation, aux migrants même, ainsi qu'à toute personne qui s'intéresse à ce thème.⁴

Face aux difficultés d'accès aux systèmes de santé, le projet «Migrant-Friendly Hospitals» (MFH) a été développé, renommé en 2014 «Swiss Hospitals for Equity».⁵ La mission de ce réseau est de promouvoir des soins de qualité pour tous les patients, indépendamment de leur origine, nationalité, langue, religion, statut socio-économique et compétences en matière de santé. Un autre domaine important d'action de l'OFSP dans ce sens est celui du soutien aux services d'interprétariat communautaire. L'OFSP subventionne des formations continues, le service national d'interprétariat téléphonique ainsi que le centre national de compétences «Interpret» pour l'interprétariat communautaire (sur place ou par téléphone).

D'autres exemples d'initiatives utiles sont ceux de structures spécifiques destinées à la santé des populations migrantes, telles que le Centre santé migrants de Genève ou le Centre Migration & Intimité de PROFA à Lausanne. A Zurich, Meditrina est une permanence médicale à bas seuil de la Croix-Rouge zurichoise destinée aux sans-papiers et aux personnes dont l'accès aux soins est inexistant ou difficile. Cette structure, qui recourt à un réseau de médecins et de spécialistes de la santé, permet d'assurer à ces publics une prise en charge globale.

Assurance maladie et sans-papier

Parmi les migrants les plus vulnérables nous trouvons ceux sans permis de séjour valable, les ainsi dit sans-papiers. S'il est difficile d'estimer leur nombre exact, une récente étude situe leur nombre en Suisse dans une fourchette allant des 70 000 aux 90 000 individus. Leur distribution territoriale semble aussi varier de canton à canton avec une plus forte concentration dans les cantons urbains (GE, BS, VD, ZH) [11].

Conformément à la Loi sur l'assurance maladie (LMal) toute personne vivant dans le pays pour plus de trois mois a le droit et le devoir de souscrire une assurance maladie de base. Ce droit s'applique théoriquement aussi aux sans-papiers. De fait, le coût de l'assurance maladie est déjà une barrière majeure en soi. La peur des institutions est une deuxième barrière majeure. La distance entre théorie et pratique dans le domaine des soins pour les sans-papiers reste ainsi énorme [12].

Finalement, étant donné les systèmes de franchise et de quote-part inclus dans les assurances maladie, de nombreuses personnes aux revenus faibles renoncent à des soins de base. Ceci affecte naturellement de manière disproportionnée les migrants les plus vulnérables, qu'ils soient sans-papiers ou pas.

«Healthy migrant effect»

Il a été souvent considéré que les migrants jouissent d'une santé meilleure que la population des pays d'accueil. Les migrants sont en général plus jeunes que la moyenne, s'ils ont pu migrer c'est qu'ils étaient dans les conditions physiques de le faire, en particulier quand ils empruntent des chemins migratoires périlleux. Il s'agit là de ce qu'on désigne comme le «Healthy migrant effect» [13, 14].

S'il est vrai que leur jeunesse peut déterminer à la baisse la prévalence de certaines pathologies, cela est moins évident pour d'autres. Les fondements d'un tel effet ont par ailleurs été mis en doute [15]. Il est toutefois très probable que les nouveaux migrants aient la tendance à moins utiliser les systèmes de santé, soit pour des considérations financières, soit par peur, réelle ou supposée, de compromettre leur statut de résidence. Cette attitude de peur et ses conséquences ne semblent pas avoir fait l'objet d'enquêtes jusqu'à présent.

Actions de santé publique en faveur des migrants: l'exemple de l'enquête ANSWER

L'enquête ANSWER (African Net Survey – We Respond!) a été conduite entre septembre 2013 et février 2014 par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP, Lausanne) dans le cadre d'un mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), en collaboration avec l'Aide Suisse contre le Sida (ASS) et d'autres organisations, en particulier des associations communautaires, auprès des populations SSAm résidant en Suisse. Le but de ANSWER était de mieux connaître la population des SSAm et d'établir une «baseline» suisse pour la surveillance comportementale du VIH/IST chez les SSAm, incluant des données sur l'accès aux services de prévention et de santé, ainsi que d'établir la faisabilité d'une enquête de ce type à large échelle en se basant sur Internet et une approche de recrutement communautaire [16].

L'enquête ANSWER a permis de récolter 745 questionnaires valables. Parmi les quelques résultats les plus importants de cette enquête, première de son genre parmi ces populations, nous pouvons mentionner que 88% des répondants se disent en bonne ou très bonne santé, même si des antécédents de dépression sont rapportés par 18% des répondants. La prévalence rapportée de maladies infectieuses est de 11% pour le VIH (parmi les personnes déclarant avoir été testées), de 4% pour le VHB, de 3,5% pour le VHC et de 3% pour la tuberculose [17].

Quelques résultats sont particulièrement frappants et demanderaient des recherches plus approfondies. Les 3,7% des répondants reportent le fait d'avoir déjà consommé des drogues par voie intraveineuse. Parmi les femmes, 32% se disent excisées. Les trois quarts de

4 Voir www.migesplus.ch/ (consulté le 5/6/2017).

5 www.hospitals4equity.ch (consulté le 5/6/2017).

ces personnes proviennent de trois pays: L'Erythrée, l'Ethiopie et la Somalie. Parmi les hommes, 84% sont circoncis.

Un résultat nous semble très inquiétant. Les 11% des hommes et 32% des femmes ont rapporté avoir eu pendant leur vie des rapports sexuels contre leur volonté. On pourrait même s'interroger si ces chiffres ne sont pas inférieurs à la réalité, considérant les tabous et les difficultés à répondre à de telles questions. Les conséquences que les violences sexuelles peuvent avoir sur la santé des personnes (maladies infectieuses, santé mentale, etc.) mériteraient aussi d'être explorées de manière plus approfondie.

La clé du succès de l'enquête ANSWER a été la mise en place d'une importante mobilisation communautaire. Cette stratégie visait à impliquer les SSAm dans toutes les phases de l'enquête, tout d'abord en les incluant pleinement dans le groupe d'accompagnement chargé du pilotage de l'enquête. Ce sont les SSAm qui ont été chargé de la mise en place des actions de communication concrètes visant le recrutement des participants, soit sur Internet (groupes Facebook, vidéos YouTube, TV Talk Show, etc.) soit par des actions de rue ou événementielles. Les méthodes utilisées dans le cadre de l'enquête ANSWER démontrent qu'il est possible d'atteindre une proportion non négligeable des populations SSAm vivant en Suisse par le biais d'une enquête Internet, pour autant que celle-ci soit accompagnée d'une stratégie de communication adaptée et d'une véritable mobilisation communautaire. La communication et la mobilisation communautaire ne sont pas seulement fondamentales pour la réussite d'une telle enquête, mais doivent aussi accompagner toute action de prévention et de promotion de santé parmi ces populations [10].

Le rôle de la migration dans le développement international

A Stockholm, en 2014, au cours d'une conférence de la société civile sur le thème de la migration, plus de 300 organisations et NGOs ont adopté la «*Stockholm Agenda on migrant and migration-related goals and targets in post-2015 global and national development agendas*» visant à intégrer les migrants dans les discussions des Sustainable Development Goals (SDG). Les migrants et la migration doivent être considérés à la fois comme acteurs et sujets d'un développement humain et économique durable [18].

Dans une analyse commissionnée par la DDC, l'importance et les opportunités que la migration offre dans le cadre de la santé et des SDG ont été mises en évidence [19]. La DDC s'engage ainsi dans une réflexion nécessaire, mais aussi complexe et courageuse, qui doit être saluée.

Afin de répondre aux lacunes fondamentales concernant la santé des populations migrantes des solutions

globales, régionales et nationales doivent se compléter afin de faciliter le dialogue et de trouver des solutions participatives. La complexité des effets de la migration en tant que déterminant social de la santé doivent être prise en considération et les cadres légaux et intersectoriels adaptés doivent être mis en place. Des approches standardisées internationales visant au suivi des variables de santé des migrants font défaut. Il est donc nécessaire de développer des mécanismes de récolte de données, de monitoring et de surveillance afin de comprendre les besoins de santé des migrants. La migration peut exercer un effet positif sur le développement des systèmes de santé si le Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel [20] de l'OMS est respecté et suivi par les pays. Il est aussi important de réfléchir à des modes de coordination entre les systèmes de santé des pays d'origine et la diaspora [19].

Coopération internationale et systèmes de santé

Malgré de nombreux efforts visant le renforcement des systèmes de santé et la formation de personnel, les besoins restent énormes. Certaines pistes devraient être mieux suivies, comme celle de la formation et certification de personnel intermédiaire, pour pallier au manque de médecins et de personnel médical qualifié. Certains secteurs vitaux du système de santé connaissent des lacunes particulièrement marquées: dans certains pays africains, il n'y a que 0,54 chirurgien pour 100 000 habitants et cette force de travail représente moins des 4% de son équivalent dans les pays développés [21]. Ces carences ont été aussi renforcées par des politiques de coopération qui ont soutenu plus facilement les maladies infectieuses, au dépit d'autres secteurs tels que la chirurgie, bien que les soins chirurgicaux de bases semblent être les interventions avec le rapport coût-efficacité le plus élevé [22].

Le développement de partenariats est aussi un domaine de coopération avec un très grand potentiel, appelé à se développer. Le projet «ESTHER» (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau) s'est déjà établi dans plusieurs pays européens,⁶ dont la Suisse,⁷ sur un modèle de création de partenariats entre hôpitaux et institutions de santé du Nord et du Sud, visant le renforcement des capacités [23]. Le développement de partenariats hospitaliers, académiques et institutionnels a été aussi identifié comme un facteur important pour retenir le personnel qualifié sur place [24].

6 www.esther.eu (consulté le 5/6/2017).

7 www.esther-switzerland.ch (consulté le 5/6/2017).

«Brain drain»

Un défi important pour le renforcement des systèmes de santé est constitué par l'importante fuite des cerveaux (ou «brain drain» en anglais), soit l'émigration du personnel qualifié, dont le départ a un impact disproportionné sur les systèmes locaux. Quelques chiffres nous laissent apercevoir la magnitude du problème: on a estimé que, en 2000, 65 000 médecins africains et 70 000 autres professionnels de la santé travaillaient dans un pays développé. Cela représenterait un médecin africain sur cinq et un infirmier sur dix [25].

Les raisons des départs du personnel médical vers les pays plus riches ou développés sont diverses. Les principales sont les possibilités d'éducation, l'instabilité politique ou l'insécurité ainsi que les réunifications familiales. Le facteur économique, bien que certainement très important, semble plus difficile à appréhender [26, 27]. Néanmoins, la demande importante en Europe, avec l'avantage non négligeable de salaires très élevés, a l'effet d'attirer un personnel nombreux. Les conséquences et distorsions dans les systèmes de santé des pays d'origine sont très graves, et risquent même de détruire les efforts de développement faits dans ce domaine [28].

Dans de nombreux pays, mises à part les formations de bases, l'offre de formations continues pour le personnel médical est presque inexistante. Malgré les investissements importants faits dans certains pays afin de répondre au manque de personnel, les écoles de médecins peinent encore à fournir des réponses adéquates et efficaces. Le développement de formations post-graduées locales pourrait être ainsi une stratégie importante afin de retenir les médecins sur place et de développer les capacités des facultés d'enseignement locales [29].

Le problème de la fuite des cerveaux n'est pas récent et ne touche pas que l'Afrique. L'OMS s'est déjà penchée sur cette question en se dotant d'un code de conduite dont les objectifs sont de définir et promouvoir des principes et des pratiques non contraignants pour le recrutement international éthique des personnels de santé en tenant compte des droits, des obligations et des attentes des pays d'origine, des pays de destination et des personnels de santé migrants [20]. Il s'agit là d'un instrument non contraignant dont l'efficacité est très limitée. Pour preuve de l'inefficacité de ce système, des données américaines indiquent la présence aux Etats-Unis en 2015 de plus de 12 000 médecins originaires d'Afrique subsaharienne, dont 2900 seraient arrivés après l'adoption du code par l'OMS [30].

Les migrants comme acteurs du développement

Les migrants jouent un rôle important dans le développement de leurs pays d'origine, par les contacts qu'ils entretiennent avec les familles sur place et ceci princi-

palement par les transferts financiers («remittances»). Si ces transferts n'arrêtent pas d'augmenter globalement, leur coût reste élevé. En 2015, la somme de ces transferts a été estimée à \$601 milliards – dont les deux tiers ont été envoyés vers des pays en développement. Pour certains pays, ces sommes constituent une partie majeure du PiB. Toutefois, les coûts moyens de transfert sont élevés, à 7,5% de la valeur du transfert, bien plus que l'objectif de 3% à atteindre d'ici 2030 dans le cadre des SDG. Ces coûts de transferts sont encore plus élevés en Afrique subsaharienne avec une moyenne de 9,5% [1].

Aucune étude systématique ne semble s'être penchée sur l'utilisation de ces transferts et d'importantes variations sont probables d'un pays à l'autre. Si l'utilisation première de ces transferts semble être destinée à couvrir les besoins de base (alimentation, logement), il est toutefois probable qu'ils jouent un rôle important dans la santé ainsi que dans l'éducation de parents sur place. Une étude plus approfondie des utilisations de ces fonds pourrait aider à identifier des moyens d'aider à optimiser l'utilisation de ces sommes dans les domaines de la santé et de l'éducation.

Mais le rôle constructif des migrants dans la santé ne se limite pas aux transferts d'argent. La diaspora, peut, par un engagement personnel, influencer le développement de la santé dans les pays d'origine. Ceci peut être particulièrement valable pour ce qui est des professionnels de la santé issue de la migration. De nombreux membres de la diaspora, surtout dès qu'ils ont acquis un statut de séjour stable et un revenu suffisant, s'engagent personnellement afin d'améliorer les conditions de vie dans leur pays d'origine. Ces réseaux professionnels entre pays de destination et pays d'origine n'ont été que très peu investigués [31] et encore moins développés et exploités systématiquement dans des projets de coopération.

Conclusion

En développant une vision intégrée de la relation entre migration et santé, il est possible de poursuivre et approfondir de nouvelles pistes d'actions, souvent peu exploitées jusqu'à présent.

Pour les migrants dans nos pays, le développement des connaissances scientifiques et le renforcement de la participation communautaire sont certainement les pistes qui offrent le plus de possibilités d'actions efficaces.

Intégrer pleinement la dimension migratoire dans les objectifs de développement durable (ODD) et s'engager sur une réflexion critique sur la relation entre migration, santé et développement sont des démarches prometteuses.

Dans les pays occidentaux, les portes se ferment de plus en plus pour les migrants et des politiques de découragement, voire de refoulement, se mettent en place.

Ces politiques anti-migratoires ont aussi un effet sur la santé de ces populations, mais ces effets sont difficilement mesurables ou quantifiables. Par exemple, dans le cas d'un demandeur d'asile séropositif renvoyé dans son pays, quel sera l'impact du renvoi sur sa santé? Souvent, on prétend que les thérapies ARV sont disponibles dans le pays d'origine, or dans la réalité cela n'est pas toujours le cas.

L'équité doit rester, aujourd'hui plus que jamais, la notion de base pour guider les politiques de santé mises en place pour et avec les migrants.

Aucun conflit d'intérêt.

Abstract

The interaction between the notions of migration and health is multiple and complex. It raises major ethical issues, such as equity in access to health. This article explores some elements of this relationship, paying particular attention to a group of particularly vulnerable migrants, those from Sub-Saharan Africa. By developing an integrated vision of the relationship between migration and health, it is possible to pursue and deepen new avenues of action, which have so far been underexamined.

Zusammenfassung

Die Wechselwirkung zwischen Migration und Gesundheit ist vielfältig und komplex. Dies wirft gewichtige ethische Fragen auf, so wie Gerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheit. Dieser Artikel befasst sich mit einigen Aspekten dieses Zusammenspiels, mit besonderem Augenmerk auf eine besonders gefährdete Gruppe von Migranten, die aus Afrika südlich der Sahara. Durch die Entwicklung einer integrierten Vision der Beziehung zwischen Migration und Gesundheit ist es möglich, neue Wege des Handelns zu verfolgen und zu vertiefen, die bisher meist wenig genutzt wurden.

Correspondance

Luciano Ruggia, MPH
 Universität Bern
 Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM)
 Finkenhubelweg 11
 CH-3012 Bern

E-mail: luciano.ruggia[at]ispm.unibe.ch

Eingang des Manuskripts: 25.09.2016
 Eingang des überarbeiteten Manuskripts: 05.05.2017
 Annahme des Manuskripts: 17.05.2017

Références

1. International Organization for Migration. Global Migration Trends Factsheet 2015. Geneva; 2016. Disponible sur: https://publications.iom.int/system/files/global_migration_trends_2015_factsheet.pdf (consulté le 5/6/2017).

2. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Castaneda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young MD, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2015;36:375–92 [<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>][PMID: 25494053].
4. The Lancet Infectious Diseases. Migration and health. *The Lancet Infectious Diseases*. 2016;16(8):867 [[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30218-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30218-3)].
5. Khan MS, Osei-Kofi A, Omar A, et al. Pathogens, prejudice, and politics: The role of the global health community in the European refugee crisis. *The Lancet Infectious Diseases*. 2016;16(8):e173–e177 [[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30134-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30134-7)].
6. Alvarez del Arco D, et al. HIV Acquisition among Migrants Living in Europe: Results from aMASE – Advancing Migrant Access to Health Services in Europe. Fifteenth European AIDS Conference, Barcelona. Abstract PS3/5. Barcelona; 2015.
7. Office fédéral de la santé publique. Bulletin; 2015. Disponible sur: www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/13591/index.html?lang=fr&download=NHZLpZig7t,lnp6I0NTU04212Z6ln1ae2IZn4Z2qZpn02Yuuq2Z6gpJCMHx2gWym162dpYbUzd,Gpd6emK20z9aGodetmqaN19XI2IdvoaCUZ,- (consulté le 30/11/2016).
8. ECDC. Thematic report: Migrants: Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report; 2015. Disponible sur: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-migrants-2014.pdf> (consulté le 5/6/2017).
9. Efonayi-Mäder D, Pecoraro M, Steiner I. La population subsaharienne en Suisse: Un aperçu démographique et socioprofessionnel. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies; 2011.
10. Ruggia L. Communication et mobilisation communautaire dans le cadre de la surveillance comportementale du VIH auprès des migrants d'origine subsaharienne vivant en Suisse: Master-Thesis zur Erlangung des Masters of Public Health im Rahmen des Interuniversitären Weiterbildungsstudiengangs Public Health. Master of Public Health, Universitäten Basel, Bern und Zürich, Interuniversitärer Weiterbildungsstudiengang Public Health 2016.
11. B.S.S. Volkswirtschaftliche Beratung. Les sans-papiers en Suisse en 2015; 2015. Disponible sur: www.sem.admin.ch/dam/data/sem/internationales/illegale-migration/sans_papiers/ber-sanspapiers-2015-f.pdf (consulté le 5/6/2017).
12. Bilger V, Hollomey C, Wyssmüller C, Efonayi-Mäder D. Health Care for Undocumented Migrants in Switzerland: Policies – People – Practices. Bern: Federal Office of Public Health; 2011.
13. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*. 2013;381(9873):1235–45 [[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62086-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62086-8)][PMID: 23541058].
14. Pfarrwaller E, Suris J. Determinants of health in recently arrived young migrants and refugees: a review of the literature. *Italian Journal of Public Health*. 2012;9(3).
15. Schröder T. The Myth of the Healthy Migrant. München: Max Planck Gesellschaft; 2011.
16. Ruggia L, Bize R, Dubois-Arber F. A Swiss behavioral surveillance survey among Sub-Saharan Africa migrants living in Switzerland, with and for the African community. *Medicus Mundi Schweiz*. 2013. Bulletin 129.
17. Simonson T, et al. Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse. Enquête ANSWER 2013–2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive – IUMSP; 2015. Raisons de santé 248.
18. Stockholm Agenda: on migrant and migration-related goals and targets in post-2015 global and national development agendas. Stockholm; 2014. Disponible sur: <http://gfmcivilsociety.org/wp-content/uploads/2014/06/Civil-Society-Migration-Stockholm-Agenda-June-2014.pdf> (consulté le 5/6/2017).
19. Tulloch O, Machingura F, Melamed C. Health, migration and the 2030 Agenda for Sustainable Development; Briefing. London: Overseas Development Institute / Swiss Agency for Development and Cooperation SDC; 2016.
20. WHO. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Geneva; 2010. Disponible sur: www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf (consulté le 5/6/2017).

21. O'Flynn E, Andrew J, Hutch A, et al. The Specialist Surgeon Workforce in East, Central and Southern Africa: A Situation Analysis. *World J Surg*. 2016 [https://doi.org/10.1007/s00268-016-3601-3] [PMID: 27283189].
22. Ozgediz D, et al. Africa's neglected surgical workforce crisis. *The Lancet*. 2008;371:627-8.
23. Raguin G. The ESTHER hospital partnership initiative: a powerful levy for building capacities to combat the HIV pandemic in low-resource countries. *Global Health*. 2016;12:12 [https://doi.org/10.1186/s12992-016-0149-9] [PMID: 27036882].
24. Kasper J, Bajunirwe F. Brain drain in sub-Saharan Africa: contributing factors, potential remedies and the role of academic medical centres. *Arch Dis Child*. 2012;97(11):973-9 [https://doi.org/10.1136/archdischild-2012-301900] [PMID: 22962319].
25. Clemens MA, Pettersson G. New data on African health professionals abroad. *Hum Resour Health*. 2008;6:1 [https://doi.org/10.1186/1478-4491-6-1] [PMID: 18186916].
26. Poppe A, Jirovsky E, Blacklock C, et al. Why sub-Saharan African health workers migrate to European countries that do not actively recruit: a qualitative study post-migration. *Glob Health Action*. 2014;7:24071 [https://doi.org/10.3402/gha.v7.24071] [PMID: 24836444].
27. George G, Atujuna M, Gow J. Migration of South African health workers: the extent to which financial considerations influence internal flows and external movements. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:297 [https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-297] [PMID: 23919539].
28. Sherr K, Mussa A, Chilundo B, et al. Brain drain and health workforce distortions in Mozambique. *PLoS One*. 2012;7(4):e35840 [https://doi.org/10.1371/journal.pone.0035840] [PMID: 22558237].
29. Fronteira I, Sidat M, Fresta M, et al. The rise of medical training in Portuguese speaking African countries. *Hum Resour Health*. 2014;12:63 [https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-63] [PMID: 25367224].
30. Tankwanchi ABS, Vermund SH, Perkins DD. Monitoring Sub-Saharan African physician migration and recruitment post-adoption of the WHO code of practice: temporal and geographic patterns in the United States. *PLoS One*. 2015;10(4):e0124734 [https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124734] [PMID: 25875010].
31. Wojczewski S, Pentz S, Blacklock C, et al. African Female Physicians and Nurses in the Global Care Chain: Qualitative Explorations from Five Destination Countries. *PLoS One*. 2015;10(6):e0129464 [https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129464] [PMID: 26068218].