

# La santé des demandeurs d'asile : du dépistage des maladies transmissibles à celui des séquelles post-traumatiques.

L. Loutan, D. Bierens de Haan & L. Subilia (1) (2)

(1) Unité de médecine des voyages et des migrations, Département de médecine communautaire, Belle-Idée, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14 ;  
Tel:41.22- 372.96.10, Fax:41.22- 372.96.26.

(2) Manuscrit n°1785/MDV3, communication présentée lors de la 2<sup>e</sup> Journée française de médecine des voyages, Institut Pasteur, Paris, 3 mai 1996.

**Summary:** The health of asylum seekers: from screening for communicable diseases to post-traumatic disorders.

As the end of this century approaches, the pressure of migration is increasing. It is difficult to limit with restrictive measures the number of refugees and persons seeking asylum in Europe. In each country, medical screening programs are organised for arriving refugees and asylum seekers. In Switzerland, they are screened for tuberculosis and hepatitis B. They are offered standard vaccinations and immunized for hepatitis B according to screening results. The prevalence of tuberculosis in asylum seekers is 414 per 100 000, 227 per 100 000 of bacteriologically active tuberculosis. Anti-HBc antibody is present in 22 % of women and 39 % of men. The frequency increases with age and varies greatly according to origin. Initially, refugees were screened for intestinal parasites. Over a quarter were carriers, a large majority asymptomatic. Increasing numbers of asylum seekers come from countries affected by war and insecurity. Systematic screening carried out in Geneva for previous exposure to violence revealed that 61 % reported major trauma, 18 % reported torture and 37 % complained of symptoms such as nightmares, insomnia, flashbacks, etc. The authors discuss issues related to medical screening programs, and their relative usefulness in an increasingly mobile world where the distinction between travellers and migrants is not always clear.

**Résumé :**

En cette fin de siècle, les pressions migratoires sont toujours plus fortes. Le nombre de réfugiés et de requérants d'asile frappant à la porte de l'Europe est difficilement contenu par des mesures restrictives. A leur arrivée, des programmes de dépistage médical sont organisés. En Suisse, l'examen sanitaire de frontière comporte un dépistage de la tuberculose et de l'hépatite B, un rattrapage des vaccinations de base et une vaccination contre l'hépatite B selon le résultat du dépistage. La prévalence de la tuberculose auprès des requérants d'asile est globalement de 414 pour 100 000, 227 pour 100 000 de tuberculose bactériologiquement active. L'anticorps anti-HBc est présent chez 22 % des femmes et 39 % des hommes, avec des valeurs croissant avec l'âge et de fortes différences selon l'origine. Initialement, les parasites intestinaux étaient recherchés et plus du quart étaient porteurs. De plus en plus de requérants d'asile proviennent de pays marqués par la guerre et l'insécurité. Le dépistage systématique de l'exposition à la violence effectué à Genève montre que 61 % rapportent un traumatisme important, 18 % disent avoir été torturés et 37 % présentent des symptômes tels que cauchemars, insomnies, flash-back, etc. Les auteurs discutent diverses questions soulevées par les programmes de dépistage et de leur relative utilité dans un monde très mobile, où la différence entre voyageur et migrant devient de plus en plus ténue.

**Key-words:** Migration - Asylumseeker - Medical screening - Violence - Tuberculosis - Post-traumatic stress

**Mots-clés :** Migration - Requéant d'asile - Dépistage médical - Violence - Tuberculose - Stress post-traumatique

## Mondialisation de la migration

La migration internationale n'est plus un phénomène local, concernant quelques pays en difficulté, elle touche la plupart des pays sous une forme ou une autre, elle se mondialise (26). Tout d'abord, tous les pays sont pratiquement impliqués dans ce phénomène migratoire qui augmente en importance et en complexité. Deuxièmement, beaucoup des processus qui sont à l'origine de ces mouvements se passent à un niveau mondial : mondialisation de l'économie, mobilité des capitaux, activités internationales des sociétés multinationales, recherche de main-d'oeuvre et déplacement des activités à un niveau global, etc. Troisièmement, la croissance démographique dans les pays les moins développés amène une urbanisation croissante de l'économie, sans offrir un meilleur niveau de vie et des possibilités d'emploi en rapport avec l'augmentation démographique. On estime de 20 à 30 millions, le nombre de personnes migrant chaque année des zones rurales vers les villes des pays les plus

pauvres (29). D'ici l'an 2000, 90 % des gens les plus pauvres d'Amérique latine et des Caraïbes, ainsi que 40 % en Afrique et 45 % en Asie, vivront dans les villes. Une des conséquences est émigrer, phénomène facilité par les moyens de transport actuels. Il en résulte que, même dans les pays avec une longue tradition d'immigration comme les Etats-Unis, alors que jusque dans les années 60 la majorité des immigrants provenaient d'Europe ou du Canada, actuellement la majorité des nouveaux arrivant provient d'Asie et d'Amérique latine.

Plus de 70 millions de personnes travaillent légalement ou illégalement hors de leur pays, la plupart provenant de pays en voie de développement (3). En 1991, il y avait plus de 17 millions de réfugiés et de requérants d'asile répartis dans le monde. Ces chiffres n'ont pas tendance à diminuer, bien au contraire. Fin décembre 1994, le haut Commissariat aux réfugiés (UNHCR) dénombrait pas moins de 27 millions de réfugiés, personnes déplacées (à l'intérieur de leur propre pays) et autres personnes

à risque (*persons of concern*) dans le monde, soit une progression de 19 % par rapport à 1993 (28). La plupart provient ou réside dans des pays où règnent l'insécurité, la guerre civile et le non respect des droits de l'homme, résultats des 32 conflits recensés dans le monde. La majorité reste dans son pays ou dans les pays voisins et seule une petite proportion arrive à gagner les pays industrialisés. Ce phénomène d'arrivée de réfugiés et autres migrants venant du Sud vers l'Europe débutant dans les années 80 est nouveau. Leur nombre n'a cessé de croître jusqu'en 1992, atteignant cette année là 692 000 demandes d'asile déposées en Europe, soit une progression de 960 % par rapport à 1983 (12). Depuis 1992, leur nombre a diminué : 549 000 en 1993 et 318 000 en 1994, plus en raison de mesures protectionnistes que d'une diminution de la pression migratoire (tableau I). La Suisse n'échappe pas au phénomène. Si, en 1980, 6100 demandes ont été déposées, il y en a eu 41 600 en 1991. Depuis, le nombre a diminué, atteignant 17 021 en 1995, un chiffre toutefois trompeur puisque cette même année 9 520 admissions provisoires avaient été enregistrées en plus (19).

Tableau I.

	Demandes d'asile en Europe occidentale		
	1990	1992	1994
Allemagne	193 100	438 200	127 210
France	54 800	26 800	26 040
Royaume Uni	26 250	24 600	32 830
Suisse	35 800	18 000	16 130
Europe	434 300	692 686	313 887

Réf : UNHCR, 1995 (28)

## Dépistage médical à l'entrée des migrants

Dans la mémoire populaire, l'association entre étranger/migrant et maladie importée reste très forte et conditionne certaines réactions émotionnelles que les médias ont su exploiter encore tout récemment avec les épidémies de peste en Inde et de fièvre hémorragique Ebola au Zaïre. Dans une certaine mesure, les examens médicaux d'entrée des immigrants dans les pays d'accueil en sont encore l'expression. La majorité des pays européens et nord-américains disposent de programmes de dépistage médical à l'entrée des réfugiés et des requérants d'asile, dont l'objectif premier est la protection de la population du pays d'accueil. Ils visent à dépister certaines maladies infectieuses fréquentes dans les pays d'origine des migrants concernés. En Suisse, l'examen sanitaire comporte le dépistage de la tuberculose (radiographie et test de MANTOUX), le dépistage de l'exposition à l'hépatite B (anti-HBc) et les vaccinations contre l'hépatite B si l'anti-HBc est négatif et selon le plan suisse de vaccination (tétanos, diphtérie, polio, rougeole, oreillons, rubéole). Une brochure sur la prévention de l'infection par le VIH est également distribuée (21). Cet examen sanitaire est obligatoire pour tous les requérants d'asile et les réfugiés arrivant en Suisse. Précédemment, un dépistage des entérobactéries et des parasites intestinaux et de la syphilis était également pratiqué. Les résultats globaux sont résumés dans le tableau II.

Tableau II.

dépistage	Examen sanitaire de frontière appliqué aux requérants d'asile au cours des années 1980.	
	1979 -> prévalence	1984 -> prévalence
tuberculose	2%	0,29 %
parasites intestinaux	37%-62%	27 %
E. histolytica	6,6%	1,7 %
G. lamblia	6,6%	5,7 %
bactéries intestinales		
salmonelles	<0,5%	<0,5 %
shigelles	<0,5%	<0,5 %
marqueurs sérologiques		
hépatite B HBsAg+	14,3%	6 %
syphilis (VDRL,TPHA)	6,8%	0,6 %

(adapté de la référence 21)

La tuberculose reste une affection prioritaire à considérer dans une population de réfugiés et de requérants d'asile. Son mode de transmission, sa nature cosmopolite, l'expansion du sida et l'émergence de souches multirésistantes en font un redoutable problème pour les années à venir. Les réfugiés et les requérants d'asile, venant de zones à haute endémicité, présentent des taux de tuberculose nettement supérieurs à ceux de la population locale. Le dépistage de la tuberculose lors de l'examen sanitaire de frontière pratiqué en Suisse a permis d'identifier 100 cas de tuberculose (1992-1993), soit une prévalence de 414 pour 100 000 (22). Si l'on se limite aux tuberculoses bactériologiquement actives (n=67), la prévalence est de 227 pour 100 000. Les nationalités les plus représentées étaient: ex-Yougoslavie (62 cas), Somalie (n = 15), Sri Lanka (n = 7), Zaïre (n = 4). Environ 10 % de toutes les tuberculoses déclarées en Suisse en 1993 ont été dépistées à l'examen sanitaire de frontière. Le test tuberculinique (Mantoux 2 UI RT 23) a été jugé positif (réaction 11 mm) chez 29,6 % du collectif (n=19 203). La prévalence était de 9,1 % chez les sujets de moins de 15 ans et elle augmentait de façon constante jusqu'à 45 ans. Rappelons que la stratégie actuellement appliquée en Suisse pour les requérants d'asile est de donner une prophylaxie de 6 mois aux sujets âgés de moins de 25 ans avec un Mantoux 18 mm, en raison du risque élevé d'évolution ultérieure vers la tuberculose. En 1994, 924 déclarations de tuberculose ont été faites (23), soit une incidence globale de la tuberculose (cas avec culture positive et cas ayant nécessité un traitement avec au moins deux médicaments antituberculeux) de 13,1 pour 100 000. L'incidence était de 7,8, 24,7 et 121,1 pour 100 000 respectivement pour les Suisses, les étrangers avec permis d'établissement et pour les requérants d'asile. Par ailleurs, si la majorité des cas de tuberculose sont pulmonaires (72,2 %), les formes extrapulmonaires ne sont pas rares, soit 46,6 % avec 18,8 % de formes mixtes. La Suisse n'est pas la seule à observer une proportion non négligeable de cas de tuberculose importée par des réfugiés ou des immigrants. Dans une étude portant sur une cohorte de plus de 9 000 réfugiés originaires d'Asie du Sud-est suivie pendant 5 ans après leur arrivée aux Etats-Unis, 25 cas de tuberculose active ont été répertoriés, tous chez des sujets âgés de plus de 18 ans (18). L'incidence cumulative sur les 5 ans passait de 44,3 cas pour 10 000 personnes âgées de 19 à 44 ans à 161,3 cas pour 10 000 pour les personnes âgées de plus de 65 ans. L'incidence de la tuberculose était élevée au moment de l'arrivée aux Etats-Unis et tombait à 10 % des taux initiaux au cours de la 4e et de la 5e année. Plus récemment, la proportion de cas de tuberculose rapportés aux Etats-Unis chez des personnes nées à l'étranger est passée de 21,6 % en 1986 à 29,6 % en 1993, essentiellement en provenance d'Amérique latine et d'Asie du Sud-est (17). Cette recrudescence appelle à un meilleur contrôle et des programmes renforcés au moment de l'arrivée des immigrants. Mais elle pose aussi la question de l'accès aux services de prévention et de soins pour les nombreux immigrants illégaux et clandestins. De telles mesures sont particulièrement nécessaires et urgentes au moment où la tuberculose multirésistante pénètre de plus en plus de l'extérieur, mais aussi progresse de l'intérieur même des grandes villes américaines et européennes parmi les populations exclues.

L'hépatite B est hautement endémique dans nombre de régions du monde. Vu sa tendance à passer à la chronicité et son potentiel infectieux, l'hépatite B reste une maladie prioritaire à dépister et contrôler. Son dépistage est effectué systématiquement lors de l'examen sanitaire de frontière à l'arrivée en Suisse. Initialement, ce dépistage comportait la recherche de

l'anticorps et de l'antigène HBs. Depuis 1990, seul l'anti-HBc est effectué, permettant d'identifier les sujets non-exposés au virus, pour pouvoir les vacciner. Globalement, dans l'évaluation initiale (25), 34 % des 13676 requérants examinés possédaient un marqueur de l'hépatite B. Six pour cent étaient porteurs de l'antigène HBs et, sur les 827 sujets HBsAg positifs testés, 13,9 % étaient hautement infectieux avec présence de l'antigène HBe, avec une variabilité allant de 0 à 38 %. La récente évaluation (1992-1993) portant sur 24 170 requérants d'asile, montre une prévalence de l'anticorps anti-HBc systématiquement inférieure chez les femmes (à l'exception des femmes roumaines), 22,3 %, par rapport aux hommes, 38,5 % (22). Les valeurs vont croissant de 24 % avant 20 ans à plus de 40 % au-delà de 50 ans. Si la prévalence est faible chez les Sri lankais (3,1 %), elle est forte chez les requérants provenant d'Afrique (Angola 60,5 %, Liberia 65,5 %) mais également chez ceux originaires d'Europe : ex-Yougoslavie 27,2 %, Roumanie 41,6 %, Albanie 72,7 %.

Les **maladies parasitaires**, surtout intestinales, sont parmi les affections latentes les plus fréquemment observées. Entre un quart (27 %) et près de la moitié (46 %) des requérants d'asile arrivant en Suisse sont porteurs de parasites intestinaux (14, 25). Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une infection persistante asymptomatique. Dans l'analyse de l'examen sanitaire de frontière entre 1984 et 1987 portant sur 9371 sujets (25), si la prévalence globale était de 27 %, on observait une forte variation selon l'origine géographique et les caractéristiques socio-économiques des migrants. Par exemple, la prévalence de parasites intestinaux était de : Iran 9,3 %, Turquie 26,7 %, Sri Lanka 40,5 %, Angola 40,5 %. Les espèces de parasites retrouvés varient également. Par exemple, respectivement 23 et 11 % de réfugiés kurdes en Suisse étaient porteurs de *Entamoeba histolytica* et de *Giardia lamblia* (9). Par contre, il y a absence d'ankylostomes, alors que cette parasitose infecte 28,9 % des Sri Lankais (28). En cas d'infestation importante, cette parasitose peut causer une anémie et doit être recherchée dans cette situation clinique. Chez les requérants d'asile provenant d'Afrique, la schistosomose à *Schistosoma mansoni* n'est pas rare (Angola 4,8 %, Ethiopie 4,5 %). Cause de troubles digestifs vagues, cette maladie peut se compliquer d'une hypertension portale, comme la forme urinaire (*S. haematobium*) qui peut mener à une hydronéphrose, à une fibrose, voire un cancer de la vessie. L'anguillulose (*Strongyloides stercoralis*) a été fréquemment (6,1 %) retrouvée chez les réfugiés du Sud-est asiatiques arrivés aux Etats-Unis (7). Quant au paludisme, il n'est pas rare d'assister à une réviviscence à *Plasmodium vivax*, *malariae* ou *ovale* plusieurs mois, voire années après avoir quitté la zone d'endémie. Une crise due à *P. falciparum* se manifestera dans les premières semaines après l'arrivée en Europe.

**L'infection par le VIH.** Imposé aux réfugiés et aux immigrants dans de nombreux pays, le dépistage du VIH reste au centre de vifs débats (10). Les questions soulevées par ce dépistage vont des problèmes de sensibilité du test utilisé avec une forte proportion de faux positifs lorsque la prévalence est très faible, comme c'était le cas en 1988 en Asie du Sud-est, au Proche-Orient ou en Afrique du Nord-est (0,03 pour 1000) (10), de coût-bénéfice, aux questions éthiques, aux aspects de discrimination ou de stigmatisation des populations concernées. Il faut également se garder de considérer systématiquement les migrants comme un groupe à risque. Par exemple, des réfugiés provenant de régions rurales de Turquie ou de pays de l'Est viennent de zones avec une endémicité plus faible que celles des zones urbaines d'Europe de l'ouest, où la prévalence du sida est élevée. En Suisse, aucun dépistage n'est systématiquement effectué. La politique proposée à l'égard des migrants repose sur les

même fondements que pour la population résidente suisse. Axée sur la prévention et l'information sur les risques de transmission, elle s'applique également aux migrants. Des programmes spécifiques ont été mis en place pour adapter les messages aux caractéristiques culturelles de ces derniers. La prévalence du sida est pratiquement identique entre les Suisses (22,1 / 100 000) et les migrants (23,1 / 100 000) (20).

Initialement, l'examen sanitaire de frontière comprenait le dépistage de la syphilis (VDRL/TPHA). Sur 13 148 requérants d'asile testés, seuls 62 étaient positifs et 16 douteux, soit 0,6 % de positivité (25). Dès 1990, ce dépistage a été abandonné.

## Problèmes de santé des migrants

Ces derniers ne se réduisent pas aux pathologies infectieuses sur lesquelles se concentrent les programmes médicaux de dépistage d'entrée. Dans l'évaluation de problèmes médicaux que des migrants peuvent présenter, il s'agit de prendre en compte divers facteurs caractérisant leur situation dans leur pays d'origine, ceux marquant leur parcours avant l'arrivée et les conditions de vie dans le pays d'accueil. Le statut immunitaire lié à l'exposition antérieure à certains germes, le statut vaccinal, les maladies chroniques ou latentes, les différences génétiques, les caractéristiques culturelles, religieuses et alimentaires, sont autant de facteurs à prendre en considération (30).

Les réfugiés sont souvent implicitement considérés comme des personnes jeunes, pour lesquelles les problèmes de santé dominants sont les maladies transmissibles. Or, des personnes plus âgées peuvent être amenées à quitter leur pays. C'est par exemple le cas des immigrants en provenance de l'ex-URSS arrivant actuellement aux Etats-Unis, ou de certains réfugiés ayant fui l'ex-Yougoslavie. Il faut alors s'attendre à rencontrer des affections chroniques non infectieuses telles que l'anémie, le diabète, les affections cardiovasculaires, les affections inflammatoires et allergiques, les problèmes dentaires, etc. La précarité de certains requérants d'asile réduits à la clandestinité après refus de leur demande, les problèmes d'adaptation aux conditions de vie nouvelles, les difficiles ajustements culturels sont bien souvent au premier plan des demandes d'aide et de soins. Ce sont aussi les risques liés à leurs conditions sociales et économiques, souvent défavorisées et précaires (5). Enfin, de plus en plus, la violence et ses conséquences se profilent derrière le parcours de nombreux migrants.

## Les réfugiés et les requérants d'asile, une population exposée à la violence

En 1995, la majorité des requérants arrivant en Suisse provenaient des territoires d'ex-Yougoslavie, de Bosnie-Herzégovine, du Sri Lanka, de Turquie, d'Angola, de Somalie, pays fortement marqués par l'insécurité et la guerre, où les exactions sur les populations civiles et militaires sont largement répandues.

A l'heure actuelle, il existe peu de données sur la fréquence de l'exposition à la violence et à la torture chez les réfugiés et requérants d'asile arrivant en Europe. Une estimation basée sur les observations faites dans des centres spécialisés de réhabilitation de victimes de torture situe sa prévalence entre 5 et 35 % (4). En interrogeant systématiquement 572 requérants d'asile arrivant à Genève lors d'un entretien effectué dans le cadre de l'examen sanitaire de frontières, 18 % déclaraient avoir été torturés (27). Lorsqu'on élargit l'éventail des traumatismes (internement dans des camps, emprisonnement, exposition à des combats, privations, viol, décès violent d'un

proche, etc.), 61 % des requérants d'asile rapportaient de tels événements et 37 % présentaient des symptômes tels que cauchemars, difficultés de concentration, insomnies, flash-back, etc... Des études effectuées auprès de 145 boat-people vietnamiens réfugiés en Norvège ont montré une prévalence de PTSD (syndrome de stress post-traumatique) de 10 % avec une association significative liée à des traumatismes antérieurs et une prévalence de dépression de 17,7 % (11). D'autres chercheurs ont observé une prévalence de PTSD allant jusqu'à 86 % dans une communauté de réfugiés cambodgiens (6). C'est dire l'importance du problème et le handicap causé par ces séquelles qui viennent s'ajouter aux difficultés inévitables d'adaptation à un nouvel environnement dans le pays d'accueil.

Avec l'arrivée de réfugiés fuyant la guerre ou la violence, le praticien est amené à identifier et gérer des situations où la violence sous diverses formes est à l'origine d'une consultation (16). La souffrance, qui bien souvent n'a jamais été partagée, la personne voulant oublier l'horreur et l'entourage ne voulant pas l'entendre, poursuit sa victime des années au travers de cauchemars, d'insomnies, des flash-back, de réactions d'anxiété. Tôt ou tard, elle va s'exprimer par des symptômes peu spécifiques qui amènent la personne à voir un médecin. Rarement, la plainte d'appel suggère l'origine traumatique. Masqué par le patient, occulté par le médecin, le traumatisme causal passera souvent inaperçu. Or, le médecin se trouve dans une position-clé pour rompre ce cercle vicieux (1, 2). C'est vers lui que va le patient avec ses symptômes et ses douleurs peu spécifiques. Le praticien peut jouer un rôle de toute première importance dans l'identification des personnes souffrant de séquelles de violence et leur offrir une aide avec l'appui de professionnels compétents.

## Le dépistage médical dans un monde mobile

Bien des efforts se concentrent sur les examens sanitaires d'entrée destinés aux migrants, réfugiés et requérants d'asile frappant à la porte de l'Europe ou de l'Amérique du Nord. Ils visent en premier lieu à protéger la population du pays d'accueil : réduire les risques d'importation de maladies transmissibles en identifiant les affections d'importance de santé publique. C'est, par exemple, le cas de la tuberculose. L'extension du dépistage à des affections telles que le VIH relève plus de considérations politiques et économiques. Le coût causé par le traitement de la maladie que la société devra assumer est pris en compte et peut justifier le refus du visa d'entrée. Cette dimension économique peut dans certains pays s'appliquer à d'autres affections chroniques non infectieuses. Le dépistage peut également viser à identifier les migrants nécessitant une intervention médicale (traitement, prévention) ou ceux qui sont aptes à travailler et contribuer au développement du pays d'accueil (13).

A l'heure actuelle, les différents programmes de dépistage en place posent diverses questions. Leur coût n'est pas négligeable. Selon l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), le coût du dépistage par migrant effectué dans le pays d'origine varie selon les programmes de 16 à 86 dollars US (13). Ce coût peut être encore bien supérieur lorsque le dépistage est répété à l'arrivée dans le pays d'accueil. Il y a les problèmes méthodologiques liés à la sensibilité et à la spécificité des tests utilisés. Une très faible prévalence va augmenter la proportion de résultats faussement positifs. Les programmes de dépistage sont standardisés, identiques pour l'ensemble des migrants, sans ajustement aux spécificités épidémiologiques de différentes origines. L'analyse des données épidémiologiques pourrait permettre un ajustement des programmes et une réduction

des coûts. L'articulation entre le dépistage proprement dit et les mesures médicales qui doivent suivre est parfois défectueuse, en raison de difficultés de coordination entre services ou par faible observance. Les programmes de dépistage soulèvent également une série de questions éthiques en conflit avec les principes des droits de l'homme (13) : imposition du dépistage souvent sans consentement bien compris, exclusion de l'accès à l'asile, exclusion de membres d'une même famille, révélation de conditions médicales sans traitement disponible, absence de confidentialité, etc.

La justification du dépistage ne devrait pas être discutée exclusivement en termes de contrôle de risque, mais également selon les besoins de la population concernée. Sans médicaliser outre mesure l'arrivée des réfugiés ou des requérants d'asile, il devient essentiel d'identifier plus clairement leurs besoins et quels services offrir, afin de faciliter leur adaptation à leur nouvel environnement (15). Le dépistage de certaines affections comme la tuberculose, fréquente, transmissible et traitable, reste indiqué. Il est à l'avantage du sujet malade concerné et de la communauté et son rapport coût-bénéfice est bon. Les programmes de dépistage devraient être pensés en fonction des besoins des migrants concernés et devenir plus intégrés aux services de santé qui s'occuperont d'eux ultérieurement. A ce propos, il s'agit plus de renforcer la capacité des services existants à répondre aux spécificités des migrants que dans la création de nouvelles structures. Former les professionnels de la santé, médecins et infirmières, développer des approches de soins et de prévention culturellement adaptées, disposer d'interprètes et de médiateurs culturels, être capable d'identifier et d'apporter un appui aux personnes exposées à la violence organisée, etc.

Finalement, quelle place donner encore aux programmes de dépistage dans un monde où les mouvements de populations et d'individus ont atteint des proportions jamais observées auparavant ? En 1994, on enregistrait plus de 530 millions d'arrivées de voyageurs (par avion) dans le monde (24). La même année, les mouvements de voyageurs visitant la Suisse et ceux sortant de Suisse se comptaient par millions par rapport à quelques milliers de requérants d'asile arrivés pendant la même période (tableau III). En termes de circulation de germes, la comparaison ne tient pas longtemps. Quelle distinction faire entre un voyageur et un migrant ? La mobilité des individus et des populations est une des caractéristiques de cette fin de siècle avec laquelle il faut compter. En termes de contrôle des maladies, cela implique des approches nouvelles et originales beaucoup plus complexes et globales que le dépistage de petits groupes de populations "captives".

Tableau III.

Mouvements de personnes vers et hors de Suisse en 1994.

arrivées de voyageurs en Suisse	12 418 000
arrivées à l'étranger de résidents suisses	10 220 000
Afrique	325 000
Amériques	659 000
Asie	543 000
Océanie	59 000
Europe	8 632 000
arrivées en Suisse	
demandeurs d'asile	16 134
personnes au bénéfice d'une admission provisoire	11 523

(adapté de la référence 24)

A un moment où il n'a jamais été aussi facile de se déplacer, d'être informé en temps réel de ce qui se passe à l'autre bout de la planète, alors que de tous temps les hommes ont bougé, les migrations au lieu d'être vues comme une activité humaine de toujours et de partout, sont devenues un sujet de craintes et de débats politiques vigoureux. Bienvenus en période d'ex-

pansion économique, les migrants sont perçus négativement, comme une menace au bien-être des pays riches. Si les mesures dissuasives récemment introduites dans de nombreux pays européens arrivent à contenir pour le moment les flux migratoires, les disparités se creusant entre pays riches et pauvres et la pression ne faisant qu'augmenter, les débordements par l'immigration clandestine et une instabilité grandissante sont à prévoir. Simultanément, la population des pays riches vieillit, au point qu'en 2030 un Allemand sur 3 aura plus de 60 ans (18). Un poids de plus en plus difficile à porter par la population active. D'où le cri "l'Europe manque d'immigrés...". On peut anticiper que les portes s'ouvriront à une immigration sélective. Mais assurons-nous que des critères de santé ne soient pas utilisés comme alibis politiques ou économiques. Innover en matière de santé des migrants est une nécessité.

## Références bibliographiques

- ALPERT EJ - Violence in intimate relationships and practicing internist: new "disease" or new agenda? *Ann Intern Med*, 1995, **123**, 774-781.
- American College of Physicians - The role of the physician and the medical profession in the prevention of international torture and the treatment of its survivors. *Ann Intern Med*, 1995, **122**, 607-613.
- APPLEYARD RT - *International migration: challenge for the nineties*. International Organization for Migration, Geneva 1991.
- BAKER R - *Psychological consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe*. In: BASOGLU M - Torture and its consequences. Cambridge, Cambridge University Press, 1992, 83-106.
- BOURDILLON F, LOMBRAIL P, ANTONI M *et al.* - La santé des populations d'origine étrangère en France. *Soc Sci Med*, 1991, **32**, 1219-27.
- CARLSON EB & ROSSER-HOGAN R - Trauma experiences, post-traumatic stress, dissociation and depression in Cambodian refugees. *Am J Psychiatry*, 1991, **148**, 1548-1551.
- CATANZARO A & MOSER RJ - Health status of refugees from Vietnam, Laos and Cambodia. *JAMA*, 1982, **247**, 1303-1308.
- Courrier International - L'Europe manque d'immigrés. *Courrier International*, Paris, 2-8 mai 1996, n° **287**, pp 6-8.
- EVÉQUOZ D, KULSTRUNK M, SALAMIN JL & DUBACH UC - Prevalence of intestinal parasites among Kurdish refugees from Eastern Turkey and efficiency of treatment. *Eur J Int Med*, 1993, **4**, 31-34.
- GOSTIN LO, CLEARY PD, MAYER KHM *et al.* - Screening immigrants and international travelers for the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med*, 1990, **322**, 1743-1746.
- HAUFF E & VAGLUM P - Organised violence and stress of exile. Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees three years after resettlement. *Brit J Psychiatry*, 1995, **166**, 360-367.
- Haut Commissariat des réfugiés auprès des Nations Unies - *Les réfugiés dans le monde. En quête de solutions*. Editions La Découverte, Paris 1995.
- International Organisation for Migration - *Workshop on medical screening of migrants, 28-29 September 1995*. IOM Medical Services, Geneva 1996.
- LOUTAN L - Les soins aux requérants d'asile : une médecine à part? *Méd & Hyg*, 1991, **49**, 2484-2486.
- LOUTAN L - Medical screening of asylum seekers in Switzerland, in Migration and Health in the 1990s. *International Migration Quarterly Review*, 1992, **XXX**, 223-232.
- LOUTAN L. & SUBILIA L - Torture et violence organisée : leurs conséquences sur les requérants d'asile et les réfugiés. *Méd & Hyg*, 1995, **53**, 1942-1950.
- MCKENNA MT, MCCRAY E & ONORATO I - The epidemiology of tuberculosis among foreign-born persons in the United-States, 1986 to 1993. *N Engl J Med*, 1995, **332**, 1071-1076.
- NOLAN CM & ELARTH AM - Tuberculosis in a cohort of Southeast Asian refugees. *Am Rev Respir Dis*, 1988, **137**, 805-809.
- Office Fédéral des Réfugiés - *Statistiques en matière d'asile 1995*. Berne, Office Fédéral des Réfugiés, 1996.
- Office Fédéral de la Santé Publique - La prévalence de l'infection HIV et des maladies sexuellement transmises. *Bull OFSP*, 1993, **29**, 518-525.
- Office Fédéral de la Santé Publique - L'examen sanitaire de frontière appliqué aux requérants d'asile. *Bull OFSP*, Berne 1995, **4**, 3-5.
- Office Fédéral de la Santé Publique - Résultats de l'examen sanitaire de frontière appliqué aux requérants d'asile en Suisse. *Bull OFSP*, Berne 1995, **15**, 17-20.
- Office Fédéral de la Santé Publique - La tuberculose en Suisse en 1994. *Bull OFSP*, Berne 1995, **37**, 10-16
- Office Fédéral de la Statistique - *Le tourisme international et les arrivées internationales de Suisses*. Office Fédéral de la Statistique, Berne, 1995.
- RAEBER PA, BILLO NE, RIEDER HL & SOMAINI B - Die grenzsanitarische Untersuchung von Asylbewerbern. *Therap Umschau*, 1990, **47**, 844-851.
- SALT J, SINGLETON A & HOGARTH J - *Europe's international migrants*. London, HMSO, 1994, 207-216.
- SUBILIA L, LOUTAN L, ROBERT CF, BOLLINI P & PAMPALONA S - La santé des requérants d'asile : des parasites au stress post-traumatique. *Schweiz Med Wochensh*, 1995, **125**, 932.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) - *Population of concern to UNHCR. A statistical overview, 1994*. Geneva, Office of the UNHCR, 1995.
- United Nations Population Fund - *The state of the world population 1993*. UNFPA, New York 1993.
- WILSON ME - *Infection in immigrants*. In: A world guide to infections. Oxford University Press. New-York, 1991.