

**LES PROBLÈMES ET BESOINS SANITAIRES DES
MIGRANTS ET RÉFUGIÉS**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mlle. Mouk BENSILIMANE

Née le 9 décembre 1991 à Moscou

Pour l'Obtention du Doctorat en Pharmacie

MOTS CLES: Migrants- Réfugiés- Problèmes sanitaires- Besoins sanitaires

JURY

Mr. M. ZOUHDI

Professeur de Microbiologie

Mr. Y. SEKHSOKH

Professeur de Microbiologie

Mme. M. CHADLI

Professeur de Microbiologie

Mme. S. EL HAMZAOU

Professeur de Microbiologie

Mme. S. TELLAL

Professeur de Biochimie

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. BENOSMAN Abdellatif Chirurgie Thoracique

Novembre 1983

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI Rhumatologie

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz Médecine Interne – *Clinique Royale*
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif Pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima Cardiologie
Pr. BENSaid Younes Pathologie Chirurgicale
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa Neurologie

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali	Radiologie
Pr. CHAHED OUZZANI Houria	Gastro-Entérologie
Pr. EL YAACOUBI Moradh	Traumatologie Orthopédie
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah	Gastro-Entérologie
Pr. LACHKAR Hassan	Médecine Interne
Pr. YAHYAOUI Mohamed	Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib	Chirurgie Pédiatrique
Pr. DAFIRI Rachida	Radiologie
Pr. HERMAS Mohamed	Traumatologie Orthopédie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed	Médecine Interne- <u>Doyen de la FMPR</u>
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*	Cardiologie
Pr. CHAD Bouziane	Pathologie Chirurgicale
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda	Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid	Pathologie Chirurgicale
Pr. HACHIM Mohammed*	Médecine-Interne
Pr. KHARBACH Aïcha	Gynécologie -Obstétrique
Pr. MANSOURI Fatima	Anatomie-Pathologique
Pr. TAZI Saoud Anas	Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia	Anatomie-Pathologique
Pr. AZZOUZI Abderrahim	Anesthésie Réanimation- <u>Doyen de la FMPO</u>
Pr. BAYAHIA Rabéa	Néphrologie
Pr. BELKOUCHI Abdelkader	Chirurgie Générale
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif	Chirurgie Générale
Pr. BENSOUHA Yahia	Pharmacie galénique
Pr. BERRAHO Amina	Ophtalmologie
Pr. BEZZAD Rachid	Gynécologie Obstétrique
Pr. CHABRAOUI Layachi	Biochimie et Chimie
Pr. CHERRAH Yahia	Pharmacologie
Pr. CHOKAIRI Omar	Histologie Embryologie
Pr. KHATTAB Mohamed	Pédiatrie
Pr. SOULAYMANI Rachida	Pharmacologie- <u>Dir. du Centre National PV</u>
Pr. TAOUFIK Jamal	Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed	Chirurgie Générale
Pr. BENSOUHA Adil	Anesthésie Réanimation
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib	Radiologie
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza	Gastro-Entérologie
Pr. CHRAIBI Chafiq	Gynécologie Obstétrique
Pr. DAOUDI Rajae	Ophtalmologie
Pr. DEHAYNI Mohamed*	Gynécologie Obstétrique

Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie- **Inspecteur du SS**
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique

Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbas
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Médecine Interne
Anesthésie Réanimation- *Dir. HMIM*
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie- *Directeur ERSM*
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUIR Souad*
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid *
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Gastro-Entérologie
Neurologie- Doyen Abulcassis
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie
Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*	Pneumophtisiologie
Pr. AIT OUMAR Hassan	Pédiatrie
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd	Pédiatrie
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine	Pneumo-phtisiologie
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer	Chirurgie Générale
Pr. ECHARRAB El Mahjoub	Chirurgie Générale
Pr. EL FTOUH Mustapha	Pneumo-phtisiologie
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*	Neurochirurgie
Pr. ISMAILI Hassane*	Traumatologie Orthopédie
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*	Anesthésie-Réanimation- <u>Inspecteur du SS</u>
Pr. TACHINANTE Rajae	Anesthésie-Réanimation
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida	Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia	Neurologie
Pr. AIT OURHROUI Mohamed	Dermatologie
Pr. AJANA Fatima Zohra	Gastro-Entérologie
Pr. BENAMR Said	Chirurgie Générale
Pr. CHERTI Mohammed	Cardiologie
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL HASSANI Amine	Pédiatrie
Pr. EL KHADER Khalid	Urologie
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*	Rhumatologie
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pr. HSSAIDA Rachid*	Anesthésie-Réanimation
Pr. LAHLOU Abdou	Traumatologie Orthopédie
Pr. MAFTAH Mohamed*	Neurochirurgie
Pr. MAHASSINI Najat	Anatomie Pathologique
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae	Pédiatrie
Pr. NASSIH Mohamed*	Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pr. ROUIMI Abdelhadi*	Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*	ORL
---------------------	-----

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil	Anesthésie-Réanimation
Pr. BALKHI Hicham*	Anesthésie-Réanimation
Pr. BENABDELJLIL Maria	Neurologie
Pr. BENAMAR Loubna	Néphrologie
Pr. BENAMOR Jouda	Pneumo-phtisiologie
Pr. BENELBARHDADI Imane	Gastro-Entérologie
Pr. BENNANI Rajae	Cardiologie
Pr. BENOUACHANE Thami	Pédiatrie
Pr. BEZZA Ahmed*	Rhumatologie
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi	Anatomie
Pr. BOUMDIN El Hassane*	Radiologie
Pr. CHAT Latifa	Radiologie
Pr. DAALI Mustapha*	Chirurgie Générale

Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. EL MANSARI Omar*
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. IKEN Ali
Pr. JAAFAR Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. LAGHMARI Mina
Pr. MABROUK Hfid*
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
Pr. NAITLHO Abdelhamid*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie

Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHABOUZE Samira
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. LEZREK Mohammed*
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie (*mise en disponibilité*)
Pédiatrie
Radiologie

Pr. LAARROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Saïd*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. ESSAMRI Wafaa
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. GHADOUANE Mohammed*
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leïla
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AMMAR Haddou*
Pr. AOUI Sarra

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
ORL
Parasitologie

Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHARKAOUI Naoual*
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
Pr. ELABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GANA Rachid
Pr. GHARIB Noureddine
Pr. HADADI Khalid*
Pr. ICHOU Mohamed*
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
Pr. LOUZI Lhoussain*
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed*
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MOUTAJ Redouane *
Pr. MRABET Mustapha*
Pr. MRANI Saad*
Pr. OUZZIF Ezzohra*
Pr. RABHI Monsef*
Pr. RADOUANE Bouchaib*
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yassine*
Pr. SIFAT Hassan*
Pr. TABERKANET Mustafa*
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour*
Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*

Anesthésie réanimation- **Directeur ERSSM**
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Neuro chirurgie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Anesthésie réanimation
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo phtisiologie
Hématologique
Parasitologie
Médecine préventive santé publique et hygiène
Virologie
Biochimie-chimie
Médecine interne
Radiologie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale

Médecine interne
Pédiatre
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie

Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMAHZOUNE Brahim*
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. AZENDOUR Hicham*
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADÉ Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezhah *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
 Pr. ZOUHAIR Said*

Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie
 Microbiologie



PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufik*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir

Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice

Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. LEZREK Mounir
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Urologie
Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie
Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSEFFAJ Nadia
Pr. BENSNGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Immunologie
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie



Pr. EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologie
Pr. EL KHLOUFI Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane*	Radiologie
Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryim	Radiologie
Pr. GHANIMI Zineb	Pédiatrie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophtalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ZINE Ali*	Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. GHOUNDALE Omar*	Urologie
Pr. ZYANI Mohammad*	Médecine Interne

****Enseignants Militaires***

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. BARKYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootchnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Mise à jour le 09/01/2015 par le
Service des Ressources Humaines*

- 9 JAN 2015





DEDICACES



A ALLAH

Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous doit ce que je suis devenue

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde



A mes chers parents :
« BENSLIMANE Anasse »
Et
« BENSLIMANE Antouaneta »



Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon instruction et mon bien être.

Je vous remercie pour tout le soutien et l'amour que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que votre bénédiction m'accompagne toujours.

Que ce modeste travail soit l'exaucement de vos vœux tant formulés, le fruit de vos innombrables sacrifices, bien que je ne vous en acquitterai jamais assez. Puisse Dieu, vous accorde santé, bonheur et longue vie et faire en sorte que jamais je ne vous déçoive.



A mes chers et adorables frères :
« BENSLIMANE Yassine »
Et
« BENSLIMANE Nabil »



Vous avez été constamment ma source de joie et de fierté.

J'ai de la chance d'avoir des frères comme vous. Que Dieu vous protège et vous accorde un brillant avenir avec une vie pleine de joie, de bonheur, de succès et surtout beaucoup de santé.



A mes grands parents paternels :

« BENSILIMANE Mohammed »

Et

« FILALI Malika »

Pour votre amour, votre gentillesse, votre bonté, votre générosité, veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon profond respect et de ma grande affection. A toutes les deux et ma chère tante, je souhaite de toute mon âme beaucoup d'années encore, pleines de santé, de bonheur et de prospérité.

A mes grands parents maternels :

« GASPAROV Boris »

Et

« GASPAROVA Greta »

Et

« BABAYAN Veta »



Même si vous êtes loin du Maroc, vous êtes toujours près de mon cœur, que ce modeste travail soit un début de mes récompenses envers vous. Puisse Dieu vous garder longtemps auprès de nous et vous bénir infiniment.

A mes chers oncles, tantes, leurs époux et épouses

Je tiens à vous remercier un par un même si je n'ai pas cité vos noms vous savez bien que je vous aime tous et toutes, vous étiez près de moi et vous m'avez encouragé pas par pas, jusqu'à aujourd'hui.

A mes très cher(e)s cousins et cousines

En témoignage de la forte relation familiale qui nous unit, de l'attachement, des souvenirs pendant lesquelles nous avons partagé des joies, ce travail signe de l'affection que j'ai pour vous avec tous mes meilleurs vœux de bonheur, de santé et de réussite.

A mes très chères amies (Salma, Amal, Madiha, Aouatif, Rajae, Fatine)

Notre amitié est sacrée. En ce jour, je puis dire que la persévérance et la détermination sont la clé de la réussite. Merci pour votre soutien. Que ce modeste travail soit un gage de nos liens les plus solidaires.

**A mes amies et confrères de la faculté de Médecine et de Pharmacie de
Rabat**

Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amitié des profonds sentiments qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons vécus ensemble. Heureuse carrière pour nous.

Une **spéciale dédicace** à une personne qui compte énormément pour moi et pour qui je porte beaucoup d'amour, de tendresse et de respect (N.H).

A tous ce qui me sont chers et que j'ai omis de citer. **A toute personne** ayant contribué de loin ou de près pour la réalisation de ce travail.



Remerciements



A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Mimoun ZOUHDI

Professeur de Microbiologie

À la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse.

Veillez accepter pour cela nos plus sincères remerciements.

Toute notre reconnaissance également pour votre relecture et vos suggestions.

*Vos compétences, vos qualités humaines et la richesse de votre enseignement
n'ont jamais cessé de susciter en nous l'admiration la plus profonde.*

Veillez croire, cher maître à notre estime et notre respectueuse considération.



A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE

Monsieur le Professeur Yassine SEKHSOKH

Professeur de Microbiologie

HMIMV-RABAT

*Mes sincères remerciements viennent en premier lieu à vous Monsieur Y.
SEKHSOKH, vous qui m'avez permis de réaliser bien cette thèse.*

*Je suis également reconnaissante pour le temps conséquent que vous m'avez
accordé, vos qualités pédagogiques et scientifiques, et votre sympathie. J'ai
beaucoup appris à votre côté et je vous adresse ma gratitude pour tout cela.*

*Veillez trouver ici, cher maître, le témoignage de mes vifs remerciements et de
ma profonde et sincère reconnaissance.*



A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

Madame Mariama CHADLI

Professeur de Microbiologie

à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

Nous avons l'honneur de vous avoir comme juge de cette thèse.

*Votre compétence, votre sens profond de l'humanité ainsi que votre modestie sont
connus de tous.*

*Veillez agréer, cher Professeur l'expression de notre vive reconnaissance et de
notre respectueuse gratitude.*



A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

Madame Sakina EL HAMZAOU

Professeur de Microbiologie

à la faculté de médecine et de pharmacie de rabat

*Tout l'honneur est pour nous de vous voir siéger parmi nos
juges.*

*Votre gentillesse et vos qualités humaines ont toujours suscité
notre admiration.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre
respect.*



A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

Madame Saida TELLAL

Professeur de Biochimie

à la faculté de Médecine et de pharmacie de rabat

*Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande
amabilité de siéger parmi notre jury de thèse.*

*Veillez accepter ce travail cher Professeur, en gage de notre grand
respect et notre profonde reconnaissance.*

A decorative rectangular border with intricate, symmetrical scrollwork and floral patterns, framing the central text.

*LISTE DES
ILLUSTRATIONS*

LISTE DES ABREVIATIONS

BCG	: bacille « Bilié de Calmette et Guérin »
CDC	: Centers for Diseases Control and Prevention
HCR ou UNHCR	: Haut Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés
HSV 2	: Herpès simplex virus de type 2
HTA	: Hypertension Artérielle
HTLV-I	: Human T-lymphotropic Virus I
HTLV-III	: Human T-Lymphotropic Virus III
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
LAV	: Lymphadenopathy Associated Virus
MNT	: Maladies Non Transmissibles
MPE	: Malnutrition Protéino-Energétique
OFS	: Office Fédéral de la Statistique
OFSP	: Office Fédéral de la Santé Publique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ROAM	: Reproductive Outcomes and Migration
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TCT	: Test Cutané Tuberculine
TL	: Taux de Létalité
UE	: Union Européen
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	: United Nations Populations Fund
VHB	: Virus de l'Hépatite B
VHC	: Virus de l'Hépatite C
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Evolution du nombre de migrants internationaux, 2000-2013	48
Figure 2: Évolution trimestrielle du nombre de migrants détectés aux frontières terrestres et maritimes de l'Europe	49
Figure 3: Arrivées de migrants et de réfugiés en Europe en 2016	50
Figure 4: Dépression et dépendance à l'alcool, selon la région de naissance.....	74
Figure 5: Rapports de cotes relatives à des problèmes de santé chroniques en général, selon le sexe et les années écoulées depuis l'immigration, corrigés en fonction de l'âge, du niveau de scolarité et du revenu.....	79
Figure 6: Répartition des réfugiés selon le sexe.....	113
Figure 7: Répartition des réfugiés selon l'âge	113
Figure 8: Répartition des réfugiés selon le pays d'origine	114
Figure 9: Situation des réfugiés au Maroc et raisons évoquées	114
Figure 10: Problèmes de santé fréquents chez les réfugiés à Fès.....	115
Figure 11: Causes d'asile des réfugiés.....	116
Figure 12: Raisons motivant le choix du Maroc comme pays d'asile	116

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I: MIGRATIONS DURANT LA 1ERE GUERRE MONDIALE	43
TABLEAU II: EFFECTIFS DE MIGRANTS INTERNATIONAUX	47
TABLEAU III: PREVALENCE DU VIH CHEZ LES REFUGIES DES COMMUNAUTES SELECTIONNES ..	54
TABLEAU IV: MIGRATIONS ET TUBERCULOSE	56
TABLEAU V: PREVALENCE DE HBV CHEZ DES REFUGIES AUX UNITED STATES OF AMERICA ...	58

LISTE DES PHOTOS

Photo 1 : Migrant ou réfugié ?	39
Photo 2 : Maladies Non Transmissibles	76
Photo 3 : Tentes des réfugiés Somaliens dans les camps de Mogadiscio	82
Photo 4: Réfugiés syriens puisant de l'eau dans les citernes en Jordanie	84
Photo 5: Mise en place de latrines dans les camps des réfugiés Syriens et Irakiens de Khanke	85
Photo 6: Livraison des rations complètes de nourriture aux réfugiés au Kenya	87
Photo 7: Réfugiés somaliens ramassant du bois de chauffage en Ethiopie.....	89
Photo 8: Gestion durable pour l'environnement	90
Photo 9: Convoi humanitaire pour les réfugiés syriens.....	91



SOMMAIRE

Introduction	36
I. Histoire des migrants et des réfugiés	40
1. Histoire de la migration	41
1.1. La migration pendant et après la 1 ^{ère} guerre mondiale.....	41
1.2. La migration après la 2 ^{ème} guerre mondiale et jusqu'en 1973	45
1.3. La migration depuis 1973	46
1.4. Flux migratoires internationaux de nos jours.....	47
2. Histoire sanitaire chez les migrants et les réfugiés.....	52
2.1. Choléra.....	52
2.2. Virus de l'Immunodéficience Humaine	53
2.3. Tuberculose.....	55
2.4. Hépatites virales.....	57
2.5. Santé de la reproduction dans les conflits.....	58
II. Problèmes sanitaires des migrants et des réfugiés	60
1. Migration et maladies transmissibles	63
1.1. Tuberculose.....	63
1.2. Virus de l'Immunodéficience Humaine.....	64
1.3. Hépatites virales.....	65
1.4. Grippe et autres infections respiratoires.....	68
1.5. Infection à Herpès simplex virus de type 2.....	68

1.6.	Maladies tropicales parasitaires	69
1.7.	Maladies à transmission vectorielle	71
1.8.	Maladies diarrhéiques	71
2.	Migration et maladies non transmissibles	72
2.1.	Maladies psychiatriques	72
2.2.	Maladies obstétricales	74
2.3.	Autres maladies non transmissibles	76
III.	Besoins sanitaires des migrants et des réfugiés.....	80
1.	Hébergement	82
2.	Approvisionnement en eau potable	83
3.	Assainissement	84
4.	Approvisionnement en nourriture	86
5.	Sources d'énergie	87
6.	Environnement	89
7.	Matériel médical.....	91
8.	Ressources Humaines.....	94
IV.	Conduite à tenir face aux problèmes sanitaires des migrants et des réfugiés	95
1.	Solutions face aux barrières ou limites d'accès aux soins de santé	97
2.	Bonne approche dans la prise en charge initiale	98
3.	Prise en charge de certaines maladies infectieuses	102
4.	Solutions politiques sanitaires	102

V.	Rôle du pharmacien dans la prise en charge des migrants et des réfugiés.....	104
VI.	Recommandations	107
1.	Formation	108
2.	Information et éducation	109
3.	Pharmaciens	109
4.	Traducteurs et médiateurs	109
5.	Personnel psychosocial	109
6.	Dépistage.....	110
7.	Assurance médicale.....	110
8.	Logement.....	110
9.	Coordination.....	110
VII.	Etude sur le terrain	111
1.	Introduction	112
2.	Matériel et méthode.....	112
3.	Résultats	113
3.1.	Répartition selon le sexe	113
3.2.	Répartition selon l'âge	113
3.3.	Logement à Fès :	113
3.4.	Répartition selon le pays d'origine	114
3.5.	Répartition selon la situation au Maroc	114

3.6. Répartition selon les problèmes de santé	115
3.8. Répartition selon les causes d'asile.....	116
3.9. Répartition selon les raisons motivant le choix du Maroc	116
3.10. Mode d'entrée au Maroc :	116
4. Discussion	117
Conclusion.....	118
Résumé	120
Références Bibliographiques et Webographiques.....	124

A decorative rectangular frame with intricate, symmetrical scrollwork and floral patterns on all four sides, enclosing the central text.

Introduction

Depuis des milliers d'années, l'être humain migre en quête d'une vie meilleure. La migration est le résultat de plusieurs facteurs. Beaucoup migrent pour trouver de meilleures conditions, gagner un meilleur salaire, vivre dans un environnement plus agréable ou rejoindre de la famille ou des amis à l'étranger. Certes, une proportion considérable de migrants ne choisissent pas de partir mais sont forcés d'abandonner leur foyer contre leur gré, ce sont les réfugiés qui fuient des persécutions, ou sont victimes d'un conflit, d'une catastrophe naturelle ou de la traite. Mais pour ceux qui choisissent de migrer, ce qui importe fondamentalement est de savoir s'ils seront plus heureux et si leur vie sera meilleure qu'auparavant [1].

Les réfugiés et les migrants empruntent souvent les mêmes itinéraires, mais ils sont fondamentalement différents.

Un migrant international est toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays [UNESCO]. A des fins statistiques, les Nations Unies proposent de distinguer le « migrant à long terme » (personne s'installant dans un pays autre que son pays de résidence habituelle pour une période d'au moins douze mois) du « migrant temporaire » [2].

Un réfugié, au sens de la convention de Genève de 1951, est toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut, ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays. Il existe aussi une acception non juridique de la notion de réfugié, qui désigne toute personne contrainte à quitter son pays d'origine et ne pouvant y rentrer [2].

Il s'agit d'hommes, de femmes ou d'enfants qui voient leurs vies soudainement bouleversé et en tous les cas perdus, ils se retrouvent sur les routes et emportent ce qu'ils peuvent pour s'échapper à leur sort. Fatigués, ils finissent par s'installer par centaine, par milliers et construisant des abris de fortune pour se réfugier. Dans ces camps, les conditions de vies sont terribles, l'eau potable et la nourriture manquent, la salubrité s'installe et les maladies apparaissent mettant la vie de ces personnes en danger.

S'ajoutant aux multiples problèmes de santé typiquement associés à la migration, un certain nombre de problèmes moins bien documentés font maintenant leur apparition et demandent une attention toute spéciale. Pour une variété de raisons sociales et biologiques, y compris le stress chronique, une mauvaise adaptation à l'alimentation et des styles de vie qui changent rapidement, les migrants semblent être plus vulnérables que les populations d'accueil au diabète de type 2 et aux problèmes cardiovasculaires tels que l'hypertension et les attaques cérébrales. En outre, quand ils sont atteints de ces maladies, ils ont tendance à avoir plus de difficultés à gérer ces maladies et constituent des charges socioéconomiques plus lourdes que d'autres personnes parce qu'ils sont souvent seuls et incapables d'avoir accès ou d'utiliser les services de santé et les services sociaux locaux facilement ou de manière adéquate. Répondre au défi de la santé des migrants pourrait également fournir des données valables sur les besoins sanitaires d'autres groupes qui souvent se retrouvent hors d'atteinte des systèmes nationaux de santé.


Si on veut éviter d'autres problèmes et un gaspillage humain, les systèmes sanitaires devraient payer une meilleure attention aux changements qui affectent le caractère démographique, social et culturel du monde d'aujourd'hui et essayer de comprendre comment la migration affecte les besoins sanitaires et les soins. Il faut aussi comprendre l'équation nouvelle qui émerge entre migration et santé et réformer les services pour répondre à cette nouvelle situation et qui pourrait contribuer de manière importante à créer plus d'harmonie dans le domaine de la santé [3].

Ainsi, ce travail de recherche est articulé autour de 3 objectifs :

- Les problèmes et les besoins sanitaires des migrants et des réfugiés ;
- La conduite à tenir face aux problèmes des migrants et des réfugiés ;
- Le rôle du pharmacien dans la prise en charge des migrants et des réfugiés.



Photo 1 : Migrant ou réfugié ?

A decorative rectangular border with intricate, symmetrical scrollwork and floral patterns, framing the central text.

*I. Histoire des migrants et des
réfugiés*

Depuis la 1^{ère} guerre mondiale jusqu'en 1973, les migrations étaient souvent économiques mais surtout forcées compte tenu des nombreuses crises de cette période. De nos jours les flux migratoires internationaux se comptent par millions : 232 millions à travers le monde un chiffre qui a augmenté de plus de 77 millions, soit 50 %, entre 1990 et 2013 [4].

En 2013, le nombre de migrants internationaux représentaient environ 3,2% de la population mondiale, contre 2,9% en 1990. On estimait à 15,7 millions en 2013 leur nombre à travers le monde (soit 7% des migrants internationaux) [4].

Compte tenu des millions de déplacés à travers le monde depuis la 1^{ère} guerre mondiale, il ne s'agit plus seulement de procéder à une description simple de ces mouvements de populations mais d'en saisir le volet sanitaire, son évolution, la prise de conscience quant à sa gravité afin d'assurer une vision plus vaste et plus juste de ce phénomène. Avec un ralentissement noté en 2007, les flux migratoires ont connus une autre dimension ces dernières années compte tenu des nombreux conflits à travers le monde, ainsi que des crises économiques et politico-sociales.

1. Histoire de la migration

1.1. La migration pendant et après la 1^{ère} guerre mondiale

Cette époque a été caractérisée par les conflits politiques, la crise économique et aussi les élans de nationalisme avérés. L'état-nation est devenu une force régulatrice en déterminant tout ce qui était lié à la migration. Au lendemain de la première guerre mondiale, la situation démographique dans la plupart des pays d'Europe était très préoccupante. La disparition des hommes en âge de travailler lors de la guerre a créé une pénurie de main-d'œuvre.

Cela s'est fait sentir notamment dans un contexte caractérisé par le besoin de reconstruction et de croissance économique.

Une telle situation inquiétait le milieu économique dont le besoin en main-d'œuvre était important. De ce fait, certains pays conclurent des accords favorisant la migration économique. La crise économique des années 1930 a également eu des conséquences sur le mouvement migratoire, entraînant le retour, volontaire ou forcé, dans leurs pays d'origine des ouvriers migrants (tableau I). Montrés du doigt, les migrants économiques furent les premiers à être touchés par cette crise, car ils étaient considérés par les ouvriers autochtones comme des « concurrents étrangers » sur le marché du travail. Cependant, l'Europe d'après la grande guerre n'a pas fait seulement appel à la force de travail migré pour la reconstruction économique, elle a également été confrontée, pendant une longue période, à une migration forcée affichant une diversité de causes [5].

Tableau I: Migrations durant la 1ère guerre mondiale

Pays	Année	Description de la migration	Type de migration
Allemagne	1914-1918	Recrutement de 100000 juifs résident en Pologne.	Economique
	1918	1,8 millions d'Allemands quittent la Russie, Pologne, Alsace et Lorraine.	
	1933-1940	1 000 000 d'Allemands juifs quittent le pays pour des raisons politiques, religieuses et raciales.	Forcée
Bulgarie	Après 1918	Des milliers de personnes d'origine Grecque, Turque ont quitté la Bulgarie. De même les personnes d'origine Bulgare, de Turquie et de Grèce ont rejoint la Bulgarie.	Ethnique
	1936-1938	En vertu de l'accord conclu entre la Bulgarie et la Turquie, environ 12000 Turcs quittaient chaque année la Bulgarie.	
Russie	1917	Guerre civile et révolution Bolchévique.	Forcée
	1918-1933	Fuite des juifs.	
	1933-1945	Déplacement des milliers de personnes à cause de la politique de Staline.	
Pologne	1918-1933	Fuite des juifs.	Forcée
Turquie	1926	65000 Arméniens sont partis pour la France.	Forcée
Pays-Bas	1940	L'invasion par l'Allemagne a engendré un flux de réfugiés vers l'Angleterre.	Forcée

Pays	Année	Description de la migration	Type de migration
Belgique	1914-1918	240000 ressortissants Belges se trouvaient en Grande-Bretagne.	Forcée
	1922	Les travailleurs Polonais, Yougoslave, Hongrois, et Tchèques travaillent dans les mines en Belgique.	Economique
	1931	80000 Français se trouvaient en Belgique.	
France	1917	La population étrangère en France passe de 1500000 en 1921 à 2500000 en 1926 avec l'arrivée des immigrants polonais, italiens et tchèques.	Economique
	1921	Le nombre des travailleurs polonais était de 46000.	
	1926	Recrutement de travailleurs dans d'autres pays d'Europe : 23000 Portugais, 24000 Italiens, 24000 Grecs, 33000 Tchèques ...	
Italie	1922	Environ 30000 Italiens sont partis pour la Belgique.	Economique
	1920-1930	Les réfugiés Italiens vont en France à cause du régime fasciste.	Forcée
Espagne	1920-1933	50000 Basque et 20000 Catalans se réfugient en France. 20000 Espagnols quittent l'Espagne dont 140000 vont en France.	Forcée

1.2. La migration après la 2^{ème} guerre mondiale et jusqu'en 1973

Cette guerre a causé la mort de millions de personnes et provoqué un mouvement migratoire issu de la répression raciale et politique des régimes fascistes et autoritaires. Les pays développés d'Europe occidentale ont opté pour une stratégie économique dont l'objectif a été la concentration de l'investissement et l'augmentation de la production. Cette politique, qui a considérablement marqué la période comprise entre 1945 et le début des années 1970, a favorisé la migration économique en provenance de pays sous-développés ou en voie de développement vers l'Europe de l'Ouest. Enfin, l'Europe de l'Ouest d'après-guerre a été confrontée à un processus de décolonisation, notamment dans les années 1960 et 1970, dont les effets sur le mouvement migratoire ne sont pas négligeables. Alors que de nombreuses personnes, en particulier les européens, ont participé au mouvement migratoire de retour, d'autres, surtout en provenance des pays colonisés, ont quitté leur pays d'origine pour des raisons principalement économiques afin d'améliorer leurs conditions de vie. De ce fait, les causes et les conséquences de la migration de cette guerre sont diverses [5] :

- Le besoin en main d'œuvre ;
- Les disparités économiques entre les pays européens ;
- La décolonisation (notamment la Grande-Bretagne, la France, les Pays-Bas) ;
- La violation des droits de l'homme et des libertés individuelles ;

1.3. La migration depuis 1973

Depuis 1973, plusieurs phénomènes ont marqué les mouvements migratoires en Europe [5] :

Tout d'abord, à la suite de la crise pétrolière de 1973-1974, les pays industrialisés d'Europe de l'Ouest ont décidé de mettre fin au recrutement de main-d'œuvre étrangère. Cette décision est intervenue dans un contexte où les disparités économiques entre les pays riches industrialisés du Nord et les pays pauvres, ou en voie de développement, du Sud se sont accrues considérablement tout en produisant une pression migratoire vers les pays d'Europe occidentale. De plus, l'arrivée au pouvoir de régimes militaires, non démocratiques et autoritaires, notamment dans les pays du tiers-monde, a considérablement aggravé la situation sur le plan des droits humains et des libertés individuelles. De nombreux individus et membres de mouvements politiques s'opposant aux régimes en place ont dû quitter leur pays d'origine pour trouver asile dans les pays d'Europe de l'Ouest qui avaient affiché, par le passé, une certaine tradition humanitaire en matière d'asile. A partir des années 1980, l'Europe est devenue la région préférée des réfugiés du Sud.

Outre la violation des droits humains et des libertés individuelles, la répression politique à l'égard des minorités, les catastrophes écologiques et naturelles survenues dans les pays pauvres, notamment de l'Asie et de l'Afrique, furent également des facteurs à l'origine d'un flux de réfugiés vers l'Europe de l'Ouest.

Enfin, le contexte créé par la chute du mur de Berlin en 1989, la réunification allemande, les changements pacifiques survenus en Europe de l'Est, l'effondrement de l'union soviétique et de la Yougoslavie ont fortement modifié le tableau géopolitique de l'Europe.

1.4. Flux migratoires internationaux de nos jours

On recense aujourd'hui dans le monde quelque 232 millions de migrants internationaux. Depuis 1990, le nombre de migrants internationaux a augmenté d'environ 53 millions (65 %) dans les pays du Nord et d'environ 24 millions (34 %) dans ceux du Sud. Aujourd'hui, environ six migrants internationaux sur dix vivent dans les régions développées (tableau II) [4].

Tableau II: Effectifs de migrants internationaux

	1990	2000	2010	2013
Monde entier	145,2	174,5	220,7	231,5
Régions développées	82,3	103,4	129,7	135,6
Régions en développement	71,9	71,1	91	95,9
Afrique	15,6	15,6	17,1	18,6
Asie	49,9	50,4	67,8	70,8
Europe	49	56,2	69,2	72,4
Amériques latines et Caraïbes	7,1	6,5	8,1	8,5
Amérique septentrionale	27,8	40,4	51,2	53,1
Océanie	4,7	5,4	7,3	7,9

(Source : Nations Unies 2013, Tendances des migrations internationales)

Pendant la période 2000-2010, le nombre total de migrants a crû deux fois plus vite qu'au cours de la décennie précédente. Il a ainsi augmenté en moyenne de 2 millions par an durant les années 1990, mais de 4.6 millions par an pendant la période 2000-2010.

Depuis 2000, le nombre total de migrants a crû plus rapidement dans les pays du Sud que dans ceux du Nord (figure 1). Le taux de croissance moyen des effectifs de migrants dans le Sud était de 2.5 % par an. Au Nord, ce taux s'élevait à 2.3 %.

Cependant, l'augmentation annuelle du nombre total de migrants est retombée autour de 3.6 millions par an depuis 2010, ce qui tient en partie aux effets de la crise économique. Le taux de croissance moyen a chuté à 1.8 % dans les régions en développement et à 1.5 % dans les régions développées.

Rapporté à la population totale, le nombre de migrants internationaux reste relativement faible. En 2013, ils représentaient environ 3.2 % de la population mondiale, contre 2.9 % en 1990 et l'effectif de migrants internationaux représente près de 11 % de la population totale des pays développés, contre moins de 9 % en 2000. Dans le monde en développement, la part des migrants internationaux dans la population totale restait inférieure à 2 %, ce qui est dû à une forte croissance de la population et à des retours plus nombreux. Ainsi, les effectifs de migrants ont progressé dans une large majorité de pays [4].

Une vue d'ensemble de l'évolution de la migration depuis 2000 jusqu'à 2013 est donnée dans la figure 1 :

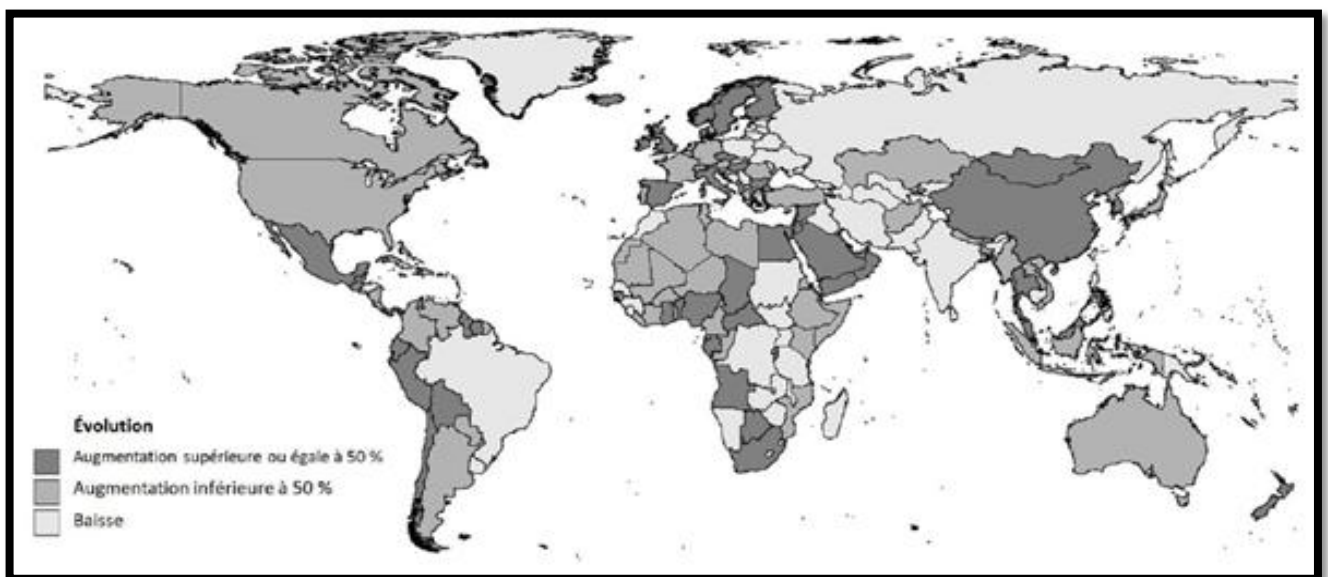


Figure 1: Evolution du nombre de migrants internationaux, 2000-2013

Source : Nations Unies (2013), Tendances des migrations internationales : mise à jour 2013.

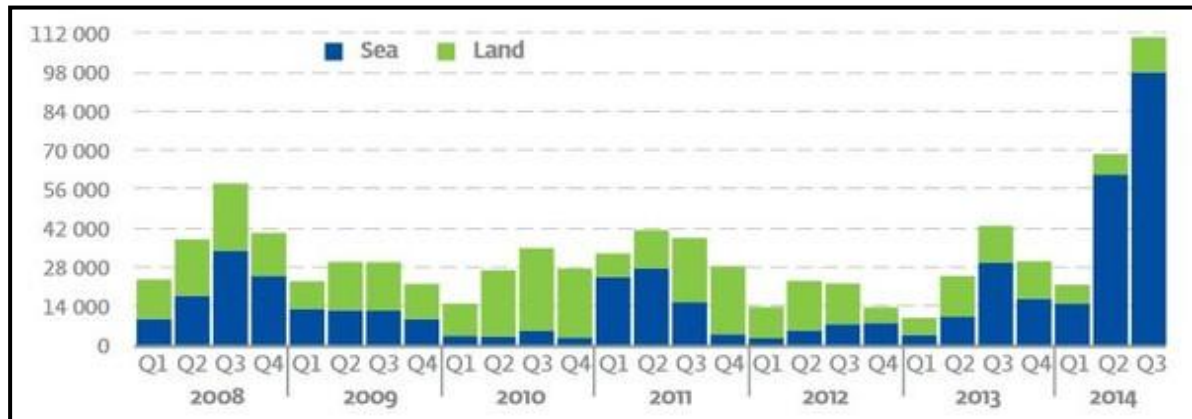


Figure 2: Évolution trimestrielle du nombre de migrants détectés aux frontières terrestres et maritimes de l'Europe
 Source : FRONTEX

Le nombre des migrants et des réfugiés détectés aux frontières terrestres et maritimes de l'Europe a très augmenté en 2014 (figure3) et le plus grand groupe a été de loin celui des migrants en provenance de Syrie : 37 533 au troisième trimestre de l'an dernier, contre 16 429 au trimestre précédent et 4 714 sur les trois premiers mois de 2014 [6].

En 2016, les arrivées de migrants et de réfugiés en Grèce et en Italie dépassent les 130000, après avoir passé la barre des 100 000 en 2015 (figure2). Plus de 455 migrants et réfugiés ont également perdu la vie en tentant de traverser la Méditerranée. L'itinéraire de la Méditerranée orientale reliant la Turquie à la Grèce continue d'être le plus meurtrier. 428 migrants avaient péri pendant les deux premiers mois de l'année, 2015.

D'après les données actualisées des autorités grecques, 67 415 migrants sont arrivés en Grèce en janvier, dont environ 44% d'hommes, 22% de femmes et 34% d'enfants. Le principal pays de départ était la Turquie et les principaux points de débarquement étaient les îles grecques de Lesbos, de Kos, de Samos, de Rhodes, de Kalimnos, de Megisti, de Leros et de Chios.

Dans le même temps en Italie, 1 085 migrants ont été secourus en mer les derniers jours, puis amenés à Pozzallo (531) et à Augusta (554). Les sauveteurs ont également ramené cinq corps à Augusta dont trois femmes et deux hommes originaires d'Afrique subsaharienne qui ont trouvé la mort lors du périple [7].

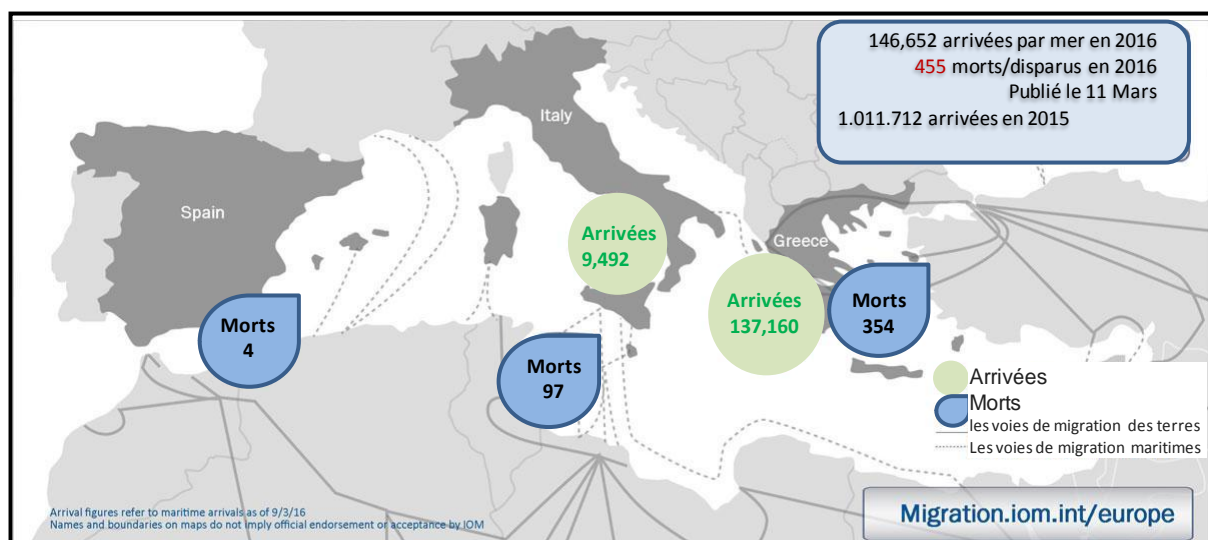


Figure 3: Arrivées de migrants et de réfugiés en Europe en 2016

Les pays en provenance desquels les migrants et les réfugiés ont essayé de gagner l'Europe par la mer étaient : Syrie (67000), Afghanistan (13000) et Mali (10000) [7].

Certains fuient la guerre (Syrie, Irak) ou les persécutions de dictatures sanglantes (Érythrée), d'autres prennent la route de l'exil dans l'espoir d'une vie meilleure (Mali, Turquie, Tunisie).

La moitié de la population syrienne a dû quitter son foyer, elle n'a guère espoir d'un retour rapide, par conséquent elle cherche refuge dans des zones sûres où ils pourront assurer un avenir à leurs enfants.

Les familles vendent tout ce qu'elles possèdent en Syrie, les femmes vendent leur or et tous se cotisent pour envoyer un des leurs en Europe, pas forcément un jeune homme célibataire mais un père de famille. Une fois enregistré en Allemagne, au Danemark ou en Suède, il demandera le regroupement familial et deviendra ainsi la tête de pont d'un réseau migratoire pour une famille élargie.

2. Histoire sanitaire chez les migrants et les réfugiés

Toutes les maladies rencontrées chez les migrants ont leur histoire face à ce phénomène. A défaut de pouvoir être exhaustif, nous aborderons l'historique de quelques pathologies rencontrées au cours de la migration.

2.1. Choléra

Lors de la fin de la guerre de Napoléon en 1815, un grand nombre de migrants de Grande-Bretagne et d'Irlande traversent l'Océan Atlantique dans le but de venir refaire leur vie en Amérique du Nord. La principale porte d'entrée du Canada étant le Québec, un grand nombre de migrants empruntent le fleuve Saint-Laurent afin d'y parvenir. Vers 1830, le nombre de migrants était de 30 000 en moyenne par année. Pendant ce temps, l'Europe est touchée par de grandes épidémies de choléra entre autres. Le choléra était souvent transporté en Amérique du Nord par les Irlandais qui se sont embarqués dans les ports anglais. Les autorités coloniales, voyant l'arrivée probable au Canada de ce fléau décident de mettre sur pied une station de quarantaine. Pour ce faire, ils ont choisi une île portant le nom de Grosse-Île car elle est située au milieu du fleuve Saint-Laurent. En 1854, une nouvelle épidémie de choléra marque la fin de ces années d'épidémies virulentes. Ces premières années d'existences étant gérées par les Britanniques, les Canadiens n'avaient que très peu de droit de regard sur le fonctionnement de la migration au Canada et de la quarantaine [8].

2.2. Virus de l'Immunodéficience Humaine

Dès les débuts de l'épidémie, outre les homo/bisexuels masculins, de nombreux migrants, principalement «noirs de peau», ont été touchés par le VIH/sida. Aux USA, la panique sanitaire provoquée par les décès n'est pas allée sans créer un effrayeur social voire morale, révélant une série de présupposés racistes et homophobes. Face à la peur de la propagation de la maladie, la notion de «groupe à risque» a rapidement fait son apparition, construisant le danger autour des «4 H» (Hémophiles, Homosexuels, Héroïnomanes et Haïtiens). Ces groupes épidémiologiques particulièrement contaminés, ont été désignés comme étant à l'origine du virus, et tenus pour les vecteurs de sa diffusion. Leur «mise en accusation» s'est accompagnée d'une mise en «quarantaine symbolique» permettant de protéger le groupe «sain», autrement dit les «hétérosexuels blancs», puisque à l'époque, la transmission du virus était encore relativement méconnue. Tant aux USA qu'en Europe, tandis que les homo/bisexuels masculins se sont mobilisés dans la lutte contre la discrimination dont ils étaient l'objet et se sont engagés activement dans la prévention du VIH/sida, les Africains se sont toutefois nettement moins rassemblés contre cette nouvelle forme de racisme. En 1985-1986, la stigmatisation des migrant/es africain/es s'est ensuite renouvelée avec les développements scientifiques qui mettaient au jour la transmission hétérosexuelle du virus (VIH/Migrant). L'évolution de l'épidémie de VIH en Afrique du Sud a commencé dans les années 1980, principalement chez les hommes gays. Dans les années 1990, le virus s'est rapidement propagé par la transmission hétérosexuelle, favorisée par le système de travailleurs migrants. L'épidémie a atteint son plus haut en 2005, avec un taux de prévalence de 30,2 % chez les femmes enceintes [9].

Une étude menée en Afrique donne une idée sur la prévalence de VIH chez les réfugiés (tableau III) [10].

Tableau III: Prévalence du VIH chez les réfugiés des communautés sélectionnés 1998-2005

Pays	Camps	Prévalence	Année
Réfugiés Burundais en Tanzanie	Camps de Mtabila et Muyovosi	1-7%	2001
		4-5%	2003
	Camps de Nduta et Mtendeli	1-3%	2001
		1-6%	2002
		1-7%	2003
	Camp Lukole	4-8%	2001
		1-3%	2002
1-6%		2003	
Réfugiés RDC en Tanzanie	Camps Lugufu et Nyaragusu	0-1%	2001
		2-5%	2002
		1-8%	2003
Réfugiés RDC au Rwanda	Camp Gihembe	1-5%	2002
Réfugiés RDC en Zambie	Camp Mwange	1-2%	2005
	Camp Kala	3-4%	2005
Réfugiés Erythréens au Soudan	Plusieurs camps à l'est du Soudan	1-4%	2002
Réfugiés Soudanais en Ouganda	Palorinya	0-1%	2004
	Kyangwali	2-7%	2004
Réfugiés Soudanais au Kenya	Camp Kakuma	0-5%	2002
Réfugiés Somaliens au Kenya	Camp Dadaab	0-6%	2003
		1-4%	2005

2.3.Tuberculose

À travers l'histoire, la migration humaine a toujours exercé un impact majeur sur la propagation de la tuberculose. Au tout début du XIX^{ème} siècle, 25 % des décès constatés en Europe occidentale étaient imputables à cette maladie. Les Européens ont ensuite emporté avec eux la tuberculose en Afrique centrale, en Asie du Sud et du Sud-est ainsi qu'aux Amériques, provoquant d'importantes épidémies dans ces régions. Si l'incidence de la tuberculose accuse un très net recul en Europe occidentale depuis les années 50, elle est restée particulièrement inquiétante dans la plupart des pays à faible revenu [11].

En France, les réfugiés ont une incidence supérieure de la tuberculose. Aux Pays-Bas, la prévalence des migrants primo arrivants a été chiffrée à 119/100000 dépistages (provenant notamment d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud-est). La prévalence de tuberculose chez les réfugiés a été trouvée supérieure dans divers pays européens et aux Etats-Unis. Une méta-analyse sur la prévalence de la tuberculose a porté sur 2 620 739 migrants, le dépistage a détecté 350cas/100000 sujets (1190 pour les réfugiés et 270 chez les migrants réguliers). Les sujets en provenance d'Asie (1120/100000) et d'Afrique (650) avaient le taux le plus élevé [12].

Une méta-analyse sur la tuberculose chez les migrants nous donne une bonne vision de l'ampleur de cette infection (tableau IV) [13].

Tableau IV: Migrations et tuberculose

Type de population	Année de dépistage	Cas identifiés/population dépistée	Pays d'origine	Pays d'accueil	Références
Réfugiés	2004-2005	272/1760	Laos	USA	Oelmann et al [14]
Réfugiés	2007-2009	151/23459	Bhutan	USA, Canada, Australie, New Zeland, Danemark, Norvège	Gorbacheva et al [15]
Réfugiés	2007-2009	1/14077	Iraq	USA	Yanni et al [16]
Migrants	1982-1985	1173/21956	Nombreux	Canada	Wang et al [17]
Migrants	1991-1993	340/11000	Haïti	USA	Malone et al [18]
Migrants	1992-1994	729/131241	Vietnam	USA, Australie, Canada	Bollini et al [19]
Migrants	1998-1999	183/14098	Vietnam	USA	Malone et al [20]
Migrants	1997-2001	36/6078	Vietnam	Australie	Plant et al [21]
Migrants	2001-2005	57/13379	Ethiopie	Israël	Mor et al [22]

La transmission de la tuberculose de la population migrante dans le pays d'accueil vers une population native reste malgré tout relativement rare d'après diverses études effectuées aux Etats-Unis, en Hollande et également au Danemark [23].

2.4. Hépatites virales

Plusieurs études ont été menées sur le virus de l'hépatite B et le virus de l'hépatite C chez les migrants, mais peu d'entre eux retracent l'histoire de ces 2 maladies.

La prévalence de sérologie positive pour l'hépatite B est élevée dans la majorité des populations migrantes, avec une transmission importante chez les enfants. Une évaluation de la santé des réfugiés aux Etats-Unis entre 1993 et 1995 met en évidence 6,1 % de porteurs de l'hépatite B (AgHBs positif). On retrouve une ancienne hépatite B chez 46,5 % des migrants et une hépatite B active chez 7,6 % d'entre eux, en Espagne. Des études de prévalence des maladies infectieuses chez les réfugiés en Grande-Bretagne révèlent une prévalence pour l'hépatite B variant de 57 à 118 pour 1000. Le taux de prévalence dans une étude de cohorte rétrospective au Canada est de 5,4 % pour la présence d'antigènes de surface de l'hépatite B chronique. Un autre travail met en évidence 23 % d'antigène HBs positif chez 74 réfugiés aux Etats-Unis [24].

Une méta-analyse sur la prévalence de HBV chez les migrants a montré que le taux de prévalence était identique de celui des pays d'origines, avec une prédominance (>10%) chez les migrants de l'Asie de l'Est et du Sud du Sahara [25].

Quelques données de la prévalence de l'hépatite B chez les réfugiés en USA figurent dans le tableau V.

Tableau V: Prévalence de HBV chez des réfugiés aux United States of America


Années d'arrivée	Prévalence AgHBs	Total des réfugiés
2005	7,20%	53738
2006	8,10%	41053
2007	7,80%	48281
2008	7,00%	60193
2009	5,90%	74654
2010	6,40%	73311

2.5. Santé de la reproduction dans les conflits

Le développement de la santé de la reproduction se situe au milieu des années 190. La santé reproductive des femmes migrantes a fait l'objet de nombreuses études récemment, qui montrent clairement un niveau de santé déficitaire par rapport à celui des natives. Parmi les facteurs expliquant cette situation, on peut mentionner l'accès contraceptif limité, les ruptures fréquentes dans la vie familiale suite à la migration, des pratiques sexuelles et contraceptives mal adaptées en raison des coutumes importées du pays d'origine, et une barrière concernant l'accès aux messages préventifs, aux soins et aux examens prénataux.

En principe, l'hypothèse de référence est que les femmes migrantes sont en bonne santé et que leur interaction avec les systèmes de santé de pointe, disponibles dans les pays d'accueil occidentaux, devrait conduire à des grossesses aussi réussies en termes sanitaires que celles des femmes natives du pays. En fait, une telle hypothèse est remise en question dans différents pays ou au sein d'un même pays pour des groupes ethniques spécifiques. Cette remise en question est à mettre en relation avec les barrières linguistiques et culturelles, les connaissances et la compréhension parfois réduites du système de soins et à tout ce qui se réfère aux comportements de santé et aux inégalités socioéconomiques, sinon aux discriminations avérées au sein de la société [26].

En 1993 c'est la revue Lancet qui dénonce l'absence de services pour cette population. Le mouvement en faveur de la santé reproductive des femmes déplacées a pris de l'ampleur en 1995 avec la formation de 2 groupes de collaboration dont la plus grande est l'IAWG l'Inter-Agency Working Group on reproductive health in crises (IAWG). Elle a mis en place le 1^{er} manuel sur la santé de la reproduction chez les réfugiés où sont détaillées les notions de : maternité sans risque, violence sexuelle et sexiste, IST, ainsi que la planification familiale [27].

A decorative rectangular border with intricate, symmetrical scrollwork and floral patterns, framing the central text.

*II. Problèmes sanitaires des
migrants et des réfugiés*

Puisque les gens se déplacent et « migrent » depuis l'aube des temps, on s'intéresse depuis longtemps déjà aux liens entre la migration et la santé.

Les migrants et les réfugiés peuvent présenter à la fois des pathologies d'importation de leur pays d'origine (principalement dans le cas de pays tropicaux), des conditions du voyage et de la durée de séjour dans les pays de transit, des conditions dans le pays d'accueil notamment en termes de condition d'hébergement (promiscuité, hygiène, assainissement, nutrition...) ainsi que des pathologies acquises liées à la transplantation et aux conditions socio-économiques défavorables.

Le fardeau de la maladie dépend du pays d'origine, des expositions, des conditions de vie antérieures et de l'accès aux soins de santé, des routes de migration, de la santé reproductive parfois médiocre (grossesses à risque et proportion plus élevée de naissances prématurées) et de divers autres facteurs.

Les problèmes de santé des réfugiés et des migrants sont semblables à ceux du reste de la population, même s'il arrive que la prévalence en soit plus élevée dans certains groupes. Chez les migrants nouvellement arrivés, les problèmes de santé les plus fréquents sont les maladies transmissibles, les blessures accidentelles, l'hypothermie, les brûlures, les problèmes cardiovasculaires, les complications de la grossesse ou de l'accouchement, le diabète et l'hypertension. Les femmes migrantes sont, pour leur part, confrontées à des difficultés particulières touchant notamment à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, à la santé sexuelle et reproductive et aux violences.

L'exposition des migrants aux risques associés aux mouvements de population (troubles psychosociaux, problèmes de santé reproductive, mortalité néonatale plus élevée, abus de drogues, troubles nutritionnels, alcoolisme et exposition à la violence) accroît leur vulnérabilité face aux maladies non transmissibles.

À cet égard, l'interruption des soins constitue le principal problème, en raison du manque d'accès aux systèmes de soins de santé et aux prestataires, ou de la décimation de ces services. Les déplacements entraînent l'interruption du traitement continu, ce dernier étant particulièrement important en cas de maladies et d'affections chroniques. En raison des mauvaises conditions de vie et des privations subies pendant les migrations, les enfants vulnérables sont sujets à des infections aiguës, comme les infections respiratoires et la diarrhée, et doivent avoir accès aux soins correspondants. Le manque d'hygiène peut entraîner des infections cutanées. De plus, le nombre de morts et de blessés a rapidement augmenté parmi les réfugiés et les migrants qui traversent la Méditerranée. Selon le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, au cours des 6 premiers mois de l'année 2015, 1867 personnes se sont noyées ou ont été portées disparues en mer [28].

Dans une étude réalisée au Canada, les taux de mortalité en fonction de chaque cause (accident vasculaire cérébral, le diabète, les maladies infectieuses et de certains cancers) étaient plus élevés chez les migrants que chez la population canadienne et ils étaient plus élevés chez les réfugiés que chez les autres migrants [29].

1. Migration et maladies transmissibles

1.1.Tuberculose

Chez les migrants, le risque d'être infecté par la tuberculose ou de contracter cette maladie dépend de divers facteurs : l'incidence de la tuberculose dans leur pays d'origine, les conditions de vie et de travail dans les pays de migration notamment l'accès aux services de santé et au système de protection sociale, leur contact éventuel avec un cas infectieux, le niveau d'infectiosité et la durée d'exposition par voie aérienne et le mode de transport utilisé pour rejoindre l'Europe, le risque d'infection est plus élevé dans des espaces mal ventilés. Les personnes souffrant de formes graves de tuberculose infectieuse ne sont souvent pas aptes à entreprendre ce voyage. L'incidence de la tuberculose dans les pays d'origine varie d'un pays à l'autre ; elle est de 17 nouveaux cas pour 100 000 habitants dans la République arabe syrienne et de 338 nouveaux cas pour 100 000 habitants au Nigeria. Le taux de tuberculose dans la Région européenne est de 39 pour 100 000 habitants. La tuberculose n'est pas facilement transmissible, et seule une faible proportion des personnes infectées contracte une maladie évolutive (allant d'un risque de 10 % sur la vie entière à un risque annuel de 10 % chez les personnes séropositives) et ce, quelques mois ou années après l'infection. Enfin, les cas de transmission de la tuberculose des migrants à la population locale sont peu nombreux en raison des contacts limités [28,30].

Au Canada, l'incidence de la tuberculose est faible et le taux global de tuberculose active atteignait 4,6 pour 100 000 habitants en 2010 [31].

Les taux déclarés de tuberculose active en Turquie et au Liban étaient également faibles en 2014, soit moins de 20 pour 100 000 habitants. Une étude menée auprès de réfugiés syriens en Jordanie en 2015 a révélé un taux de tuberculose de 12 pour 100 000 habitants. Dans les lignes directrices Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH) et les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, on recommande de faire subir des tests de dépistage de la tuberculose latente aux groupes de migrants lorsque le taux de tuberculose dans le pays d'origine est supérieur à 30 pour 100 000 habitants [32].

La transmission de la tuberculose chez les migrants et les réfugiés est très réduite au cours de ces années actuels car il y'a une mise en place d'un investissement accru dans la lutte antituberculeuse mené au niveau mondial et régional et ils peuvent bénéficier d'une couverture vaccinale (vaccin antituberculeux BCG) dans le pays d'accueil. En outre, le traitement nécessite une combinaison de plusieurs antibiotiques pendant plusieurs mois et une bonne observance thérapeutique. A défaut, la maladie peut ne pas guérir, récidiver et/ou devenir résistante au traitement.

1.2. Virus de l'Immunodéficience Humaine

Les conflits et les situations d'urgence peuvent perturber les services de soins du VIH, la prévalence de cette infection est généralement faible chez les populations du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord. Par conséquent, le risque d'importation du VIH en Europe par les migrants en provenance de ces pays est faible. La proportion de migrants chez les personnes vivant avec le VIH varie largement d'un pays européen à l'autre, de moins de 10 % en Europe centrale et orientale, à 40 % dans la plupart des pays d'Europe du Nord.

En Europe occidentale, elle est de 20 à 40 %. Malgré la baisse observée au cours de cette dernière décennie, les migrants représentent encore 35 % des nouveaux cas de VIH dans l'Union Européen et l'espace économique européen. Il est cependant de plus en plus prouvé que certains migrants contractent le virus après leur arrivée. Comme de nombreux pays en voie de développement ont une forte charge de l'hépatite virale, l'afflux croissant de réfugiés en provenance de comités à forte endémie est en train de changer la morbidité et la mortalité de ces infections en Europe. Au sein des migrants originaires d'Afrique, 22 % ont été classés comme infectés avant leur arrivée, de façon certaine ou probable, 31 % ont été classés comme ayant été infectés après et dans 47 % des cas, les données étaient manquantes. Concernant les patients originaires d'Amérique du Sud et des Caraïbes, 8 % ont été infectés avant leur arrivée, et 68 % après, quant aux Asiatiques, 18 % d'entre eux ont été infectés avant leur arrivée et 57 % après. L'incidence du VIH chez les migrants a diminué ces dernières années, sur les 30000 nouvelles infections en Union Européenne (UE) en 2013, 57% seulement concernaient des ressortissants de l'UE, les autres plutôt les migrants dont 13% d'origine africaine [28].

1.3. Hépatites virales

Au sein des populations migrantes, la prévalence des maladies transmises par le sang est plus élevée que dans les populations autochtones.

- **Hépatite virale B (VHB)**

Une méta-analyse récente a démontré que la prévalence de l'hépatite virale B (VHB) chronique est six fois plus élevée au sein des populations migrantes que dans la population autochtone des pays d'Europe occidentale.

La séroprévalence chez les migrants, stratifiés selon les régions d'origine, correspond au niveau d'endémicité rapporté dans le monde par l'OMS et le CDC, un peu plus de 10% des migrants originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie de l'Est sont porteurs d'une hépatite virale B chronique, entre 4 et 6% parmi ceux originaires d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, alors que la prévalence est inférieure à 2% au sein des populations de migrants originaires d'Afrique du Nord, du Moyen-Orient et d'Amérique Latine. Le risque d'infection est aussi significatif chez les migrants qui voyagent dans leur pays d'origine pour rendre visite à leur famille et leurs amis. Ces données doivent encourager à proposer systématiquement un screening aux migrants originaires de pays endémiques, d'autant plus que plusieurs études suggèrent que le rapport coût-bénéfice de cette intervention est bon. De plus, il est recommandé de proposer une vaccination aux migrants susceptibles [33].

Actuellement, le taux d'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) en Syrie est de 5,6 %. Les lignes directrices du Centre for Computer Science and Informatics Research (CCSIR) et l'Agence de la santé publique du Canada recommandent, lorsque le taux d'infection chronique par le VHB est de 2 % ou plus, il faut que les cliniciens veillent à la réalisation des tests sérologiques pour l'hépatite virale B chronique et l'immunité contre le VHB et procèdent à la vaccination des personnes non immunisées [32].

- **Hépatite virale C (VHC)**

L'augmentation de la prévalence moyenne d'un facteur deux chez les migrants par rapport aux autochtones est significative, mais moins marquée que pour l'hépatite B. Des études phylogénétiques révèlent que les migrants de première génération sont infectés par des souches rarement observées en Europe, tendant à prouver que l'infection survient dans le pays d'origine avant le processus migratoire [33].

Actuellement, le taux déclaré d'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) dans la région de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient et en Syrie est relativement faible (environ 1 %), à l'exception de l'Égypte. Cependant, dans le contexte du conflit, des traumatismes et d'un système de soins de santé perturbé, il peut y avoir un risque accru d'exposition au VHC [32].

Comme de nombreux pays en développement sont particulièrement touchés par l'hépatite virale et notamment celle du VHB, l'afflux croissant de réfugiés en provenance de pays hautement endémiques fait évoluer la charge de morbidité en Europe [28].

En France, la proportion du portage chronique du VHB et du VHC est ainsi bien supérieure chez les migrants qu'en population générale [34]:

- La proportion de personnes porteuses du VHB ignorant son statut sérologique, atteint 80% chez les personnes nées en zone de haute endémie.
- Hormis pour les africains d'Afrique sub-saharienne, l'accès au soin est plus tardif chez les migrants que pour les personnes nées en France.
- La réponse au traitement contre le VHC est plus faible pour certains génotypes, plus souvent présents chez les migrants.

1.4. Grippe et autres infections respiratoires

Les réfugiés et les migrants ne constituent pas une menace dans la propagation des infections respiratoires (virus de la grippe, virus respiratoire syncytial, adénovirus ou parainfluenza virus). Cependant, le stress physique et mental ainsi que la précarité due au manque de logement, de nourriture et d'eau potable accroissent le risque d'infections respiratoires chez les réfugiés. La grippe peut provoquer de graves maladies chez les groupes à risque connus (femmes enceintes, enfants âgés de moins de 5 ans, personnes souffrant de maladies chroniques sous-jacentes et les personnes âgées) [28].

Durant la pandémie de grippe A (H1N1) de 2009, des difficultés accrues chez les femmes victimes de violence ont été constaté. Pour celles dans les refuges, il y avait des problèmes liés à l'espace restreint et à l'entassement de personnes vulnérables (soit des enfants de moins de cinq ans). Dans le cas de femmes en situation de violence conjugale ou fuyant une telle situation, leur capacité à accéder à des services de santé était entravée par divers facteurs, dont leur incapacité à quitter leur domicile ou leur refus de quitter le milieu sûr où elles avaient trouvé refuge [35].

1.5. Infection à Herpès simplex virus de type 2

L'infection à HSV2 est une maladie virale de transmission sexuelle. Dans la population générale, la prévalence est généralement plus élevée dans les pays en développement que dans les pays occidentaux. Les prévalences les plus faibles s'observent en Europe de l'Ouest, avec une moyenne de 15%, alors qu'en Afrique sub-saharienne, des prévalences moyennes de 62% sont rapportées.

Peu d'études ont évalué cette pathologie au sein des populations migrantes. En Grèce, les femmes issues de la migration sont cinq fois plus souvent infectées par HSV2 que les autochtones. En Suisse, au sein d'une population masculine carcérale à Genève, la prévalence est deux fois plus élevée chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine (35,5%) par rapport aux européens de l'Ouest (17,6%). Etant donné que HSV2 est associé à une morbidité considérable et qu'il augmente le risque de transmission du VIH d'un facteur 2 à 3, la prévention doit être renforcée auprès des populations migrantes [33].

1.6. Maladies tropicales parasitaires

La schistosomiase, la strongyloïdiase et la maladie de Chagas font partie des maladies parasitaires, responsables d'une morbidité significative dans les pays tropicaux et subtropicaux endémiques. Etant donné la période de latence généralement très longue de ces parasitoses, les migrants qui s'infectent avant d'émigrer peuvent vivre souvent de nombreuses années avant de présenter des complications et des symptômes évocateurs. L'infection peut aussi survenir lors de voyages dans les pays d'origine. Des cas de malaria avec une période d'incubation de plusieurs mois, ainsi que des rechutes tardives, surviennent occasionnellement.

Dès lors, en cas d'état fébrile, la malaria doit être évoquée chez les migrants même plusieurs mois ou années après avoir quitté une zone endémique. Les maladies parasitaires tropicales ne doivent pas être négligées chez les migrants même plusieurs années ou décennies après avoir quitté les régions endémiques [33].

Une étude canadienne sur les réfugiés a mis en évidence une séroprévalence de 77 % de l'infection à *Strongyloides stercoralis* parmi les réfugiés provenant du Cambodge et une séroprévalence de 12 % parmi les réfugiés du Vietnam. Par ailleurs, la strongyloïdose était le cinquième diagnostic le plus courant parmi les 1321 nouveaux migrants malades ayant sollicité des soins auprès d'un établissement du réseau canadien de la médecine des voyages sur une période de trois ans. Étant donné que 6,8 millions de Canadiens sont nés à l'étranger, dont environ 85 % dans des régions où la strongyloïdose est endémique, une proportion substantielle des migrants et des réfugiés au Canada présente un risque de développer la strongyloïdose. Les Philippines, la Chine et l'Inde sont les principaux pays d'origine des migrants au Canada. Les populations migrantes en provenance d'Afrique, d'Amérique centrale et du Sud augmente au fil du temps [36].

Dans la région du Moyen-Orient, le taux d'infection de la strongyloïdose demeure incertain. Des études communautaires limitées ont révélé que ce taux était relativement faible (inférieure à 5%); toutefois les populations de réfugiés semblent présenter le taux de strongyloïdose le plus élevé [32].

Parmi les patients africains, 15 % étaient positifs à la sérologie de la schistosomiase [37].

1.7. Maladies à transmission vectorielle

Le risque des maladies à transmission vectorielle comme le paludisme et la leishmaniose peut être augmentée par un afflux massif de réfugiés, comme en témoigne la récente résurgence du paludisme en Grèce qui a été directement liée à un afflux de migrants en provenance du Pakistan. Cette expérience met en évidence la menace continue de ces maladies et la nécessité d'une vigilance continue pour assurer que toute résurgence peut être rapidement maîtrisée. À l'heure actuelle, deux pays de la Région européenne, le Tadjikistan et la Turquie, sont à haut risque d'importation du paludisme de l'Afghanistan et de Syrie [28].

Le paludisme demeure une cause importante de maladie et de mortalité parmi 32 millions de réfugiés et de personnes déplacées relevant de la compétence du HCR dans le monde. Environ deux tiers de ces personnes vivent dans des régions où sévit le paludisme comme le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Kenya et l'Ouganda [38].

1.8. Maladies diarrhéiques

Le choléra reste un problème majeur de santé publique qui provoque la morbidité et la mortalité importante des populations déplacées en raison des conditions régnant dans les camps de réfugiés (approvisionnement en eau inadéquates, mauvaise hygiène) et il en résulte souvent des flambées explosives avec des taux de létalité élevés. Beaucoup d'épidémies de choléra ont été signalées dans les camps de réfugiés : Thaïlande (370 cas), Ghana (2 décès), RD Congo (165 cas, 4 décès), Ouganda (25 cas, 2 décès) et Pakistan (25 décès) [39].

En 2015, près de 64000 Burundais sont arrivés en Tanzanie, fuyant les troubles politiques au Burundi. Ils vivent aujourd'hui dans des conditions déplorables, dans des camps bondés. Une épidémie de choléra frappe aujourd'hui ces camps, où 31 personnes sont décédées de la maladie et plus de 3000 souffrent aujourd'hui de diarrhée aiguë. Selon l'OMS, la Tanzanie reste le pays le plus touché par le déplacement de populations [40].

2. Migration et maladies non transmissibles

2.1. Maladies psychiatriques

Il y a un risque accru de maladies psychiatriques chez les migrants. L'anxiété, la dépression, la toxicomanie et le syndrome de stress post-traumatique sont probablement plus répandue chez les personnes qui migrent des conditions défavorables. La prévalence du trouble de stress post-traumatique chez les réfugiés varie de 3% à 86% et celle de la dépression majeure ont varié de 3% à 80% [41].

Chez les migrants, le traumatisme est souvent lié à la violence organisée, c'est-à-dire à un système mis en place par un gouvernement ou par des forces paragonnementales dans le but de terroriser un groupe et de détruire ses capacités de résistance ou d'opposition. On rencontre aussi de nombreux cas de violence conjugale ou familiale, dans un contexte social où la victime ne peut trouver protection ni auprès de sa famille, ni dans le système judiciaire.

Ce type d'événements traumatiques, d'origine humaine et planifiée, a des répercussions particulièrement dévastatrices sur les victimes. En plus du sentiment de panique occasionné par les menaces à sa vie ou à son intégrité physique, la personne vit un bouleversement complet de son système d'explication de la vie et des relations interpersonnelles. Il s'agit donc souvent d'une crise personnelle d'autant plus profonde que ce sont les fondements mêmes sur lesquels la personne a construit sa vision du monde et sa place dans la société qui sont ébranlés. Le syndrome est considéré comme aigu si les symptômes durent moins de trois mois et chronique s'ils persistent plus longtemps.

Le dépistage d'un problème de santé mentale est fondé non seulement sur le message verbal (anxiété, dépression, deuils, tortures, agressions) de l'interlocuteur, mais aussi sur son comportement non verbal au cours de l'entrevue clinique (expression faciale, tristesse, contact visuel, mouvements de nervosité). La façon dont la personne gère ses activités de la vie quotidienne constitue également un bon indicateur de son état de santé mentale et de son évolution. Le professionnel de la santé joue un rôle actif et établit avec le patient une relation de confiance qui se manifeste par une compréhension empathique de la situation de ce dernier. Cette alliance permet non seulement au patient de se sentir en sécurité, mais aussi d'entreprendre une démarche de résolution de problème plus efficace. Elle entraîne un partenariat actif entre le professionnel de la santé et le client qui doit se sentir écouté et soutenu dans ses démarches de soins. Les interventions doivent viser à redonner au client la confiance en lui-même, à favoriser la réappropriation de son pouvoir et à accroître son autonomie [42].

Dans une étude canadienne, les migrants venant d'Asie et d'Afrique, éprouvent moins de problèmes de dépression et de dépendance à l'alcool (Figure 4). Les migrants arrivés au Canada depuis quelques années seulement présentaient les plus faibles taux de dépression et de dépendance à l'alcool. Ceux qui étaient arrivés depuis 10 à 14 ans ou depuis plus de 20 ans ne différaient pas significativement de la population née au Canada en ce qui concerne la dépression. L'Asie était le lieu de naissance d'environ 56 % des migrants vivant au Canada depuis moins de 10 ans, tandis que l'Europe était celui de la majorité des migrants (77 %) qui y vivaient depuis plus de 30 ans. De même, la plupart des migrants européens (59 %) habitaient au Canada depuis plus de 30 ans [43].

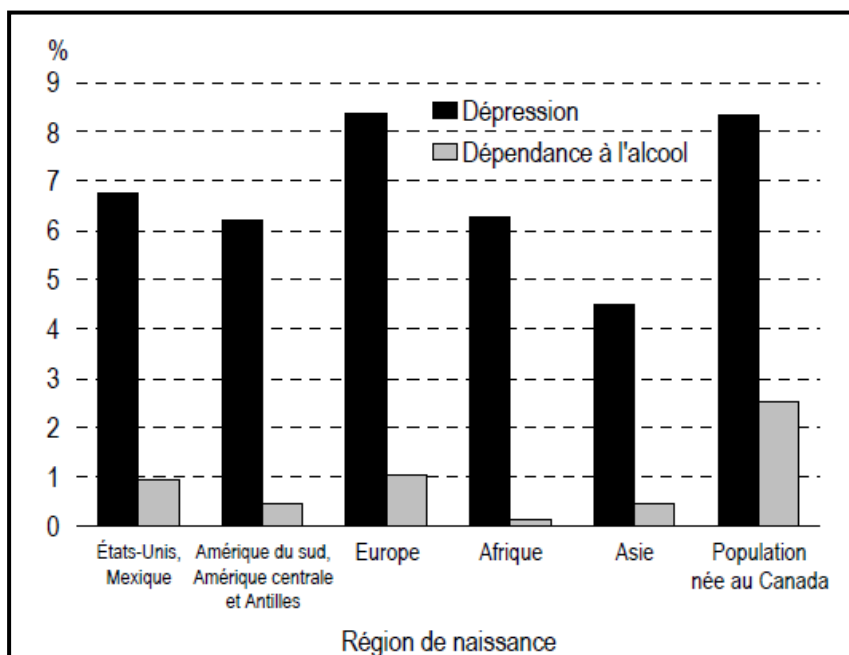


Figure 4: Dépression et dépendance à l'alcool, selon la région de naissance
 Source des données : Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

2.2. Maladies obstétricales

Les migrantes enceintes ont un risque plus élevé de complications obstétricales. Au Royaume-Uni, les femmes bangales présentent souvent les risques de complications obstétricales. *Listeria* est plus fréquente chez les femmes migrantes à cause de l'alimentation qui n'est pas saine. Les mutilations génitales féminines peuvent provoquer de graves hémorragies et des problèmes urinaires, et par la suite des kystes, des infections, la stérilité, des complications lors de l'accouchement, et accroître le risque de décès du nouveau-né et peuvent être aussi à l'origine de maladie psychiatrique. Parmi les migrantes vivant au Royaume-Uni, les taux de mutilations les plus élevés ont été observé chez les femmes d'origine Somalienne, Egyptienne, Sierra léonaise, Soudanaise, Ethiopienne, Erythréenne et Gambienne [30].

Un réseau international de recherche en santé reproductive des migrantes (Reproductive Outcomes and Migration: an International Research Collaboration, ROAM) a conduit une méta-analyse portant sur 133 études menées sur le sujet dans différents pays occidentaux durant la période 1995-2008. Les résultats montrent que globalement, dans plus de 50% des cas, les femmes migrantes ne présentent pas davantage de complications périnatales (naissances prématurées, petit poids de naissance, pratiques de maternage inadéquates) que les femmes autochtones. Les statuts légaux, le nombre d'années de résidence dans le pays d'accueil et la connaissance de la langue locale sont rarement pris en considération. Par conséquent, la généralisation et l'interprétation de ces résultats doit se faire avec prudence du fait que les politiques migratoires varient d'un pays à un autre.

Certains pays (comme le Canada) pratiquent une politique d'admission sélective qui risque d'introduire un biais de sélection. Une étude comparative internationale plus récente, sur la base de données échangées entre six pays occidentaux (Australie, Canada, Danemark, Espagne, USA et Suède) met en évidence que les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, d'Amérique Latine et des Caraïbes ont besoin d'une surveillance accrue pendant la grossesse dû au risque élevé de présenter des complications obstétricales du type pré-éclampsie ou éclampsie. En ce qui concerne les complications obstétricales, près de deux tiers des femmes (62.5 %) présentent des complications durant la grossesse et/ou l'accouchement.

Presque toutes les femmes ont eu recours à la péridurale, mais près de la moitié d'entre elles décrivent néanmoins un accouchement très long et pénible [44].

2.3. Autres maladies non transmissibles

Les autres maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires chroniques (photo 2). Dans certains pays à revenus faible et intermédiaire, la prévalence d'affections telles que le diabète et l'hypertension chez l'adulte atteint des niveaux compris entre 25 et 35 % [28].



Photo 2 : Maladies Non Transmissibles

Source : OFSP (Office Fédéral de la Santé Publique)

Après 10 à 15 ans de présence dans le pays d'accueil, les migrants et les réfugiés ont une incidence augmentée des maladies non transmissibles et rejoignent progressivement celle de la population native. Le diabète est l'exemple le plus typique de cette augmentation d'incidence proportionnelle avec la durée de résidence. Cela justifierait bien une prévention précoce malheureusement pas ou mal prise en compte.

L'augmentation de l'incidence de l'obésité notamment aux Etats Unis a été très étudiée chez la population migrante. La prévalence augmente proportionnellement avec l'âge surtout chez les femmes et les adolescents.

Les maladies cardiovasculaires surtout l'hypertension artérielle (HTA) sont également fréquentes chez les migrants, la prévalence chez les plus de 65 ans est de 60%. Les hémoglobinopathies font également partie des aspects sanitaires des migrants, des précautions doivent être prises lors des séjours au pays pour prévenir la drépanocytose homozygote lors des trajets en avion [45].

La thalassémie et les maladies génétiques liées à la carence de glucose-6-phosphate déshydrogénase sont répandues dans de nombreuses régions tropicales. Les carences nutritionnelles peuvent résulter de l'insuffisance alimentaire ou de pratique culturelle. Les communautés de migrants peuvent présenter aussi le risque d'exposition aux produits chimiques, tels que les métaux lourds et aux expositions domestiques, environnementales ou professionnelles aux produits cosmétiques non réglementés. Des problèmes d'ouïe et de vision constituent également une menace chez les migrants et les réfugiés.

Une étude canadienne, sur 131 535 personnes (comprenant 16 901 migrants dont on connaissait la durée de résidence au Canada) montre comment la santé des migrants se compare à celle de la population née au Canada à mesure que s'accroît le nombre d'années vécues dans ce pays, en ce qui a trait aux problèmes de santé chroniques en général et à certaines maladies précises comme les maladies cardiaques, le diabète, l'hypertension et le cancer.

Comme ces maladies sont liées à certains aspects du mode de vie (usage du tabac, manque d'activité physique et régime alimentaire..), les tendances dans les comportements influant sur la santé des migrants sont également explorées, tout comme le rôle de ces comportements à l'égard des tendances observées.

La correction des différences entre ces deux groupes en fonction de l'âge, du niveau de scolarité et du revenu accentue davantage cet écart. Le rapport des cotes relatives aux migrants ayant déclaré la présence de problèmes de santé chroniques, par opposition aux non-migrants, était de 0,79 avant et de 0,63 après la correction. Cette tendance est identique pour les deux sexes. Même si les migrantes et les non-migrantes présentent une plus grande prévalence de problèmes de santé chroniques que les hommes, l'avantage relatif des migrantes par rapport aux Canadiennes de naissance est semblable à celui des hommes (rapports de cotes corrigés de 0,65 pour les migrants et de 0,62 pour les migrantes). Les résultats relatifs aux problèmes de santé chroniques en général montrent un gradient, la santé des migrants se détériorant progressivement à mesure qu'augmente leur durée de résidence au Canada (Figure 5) [46].

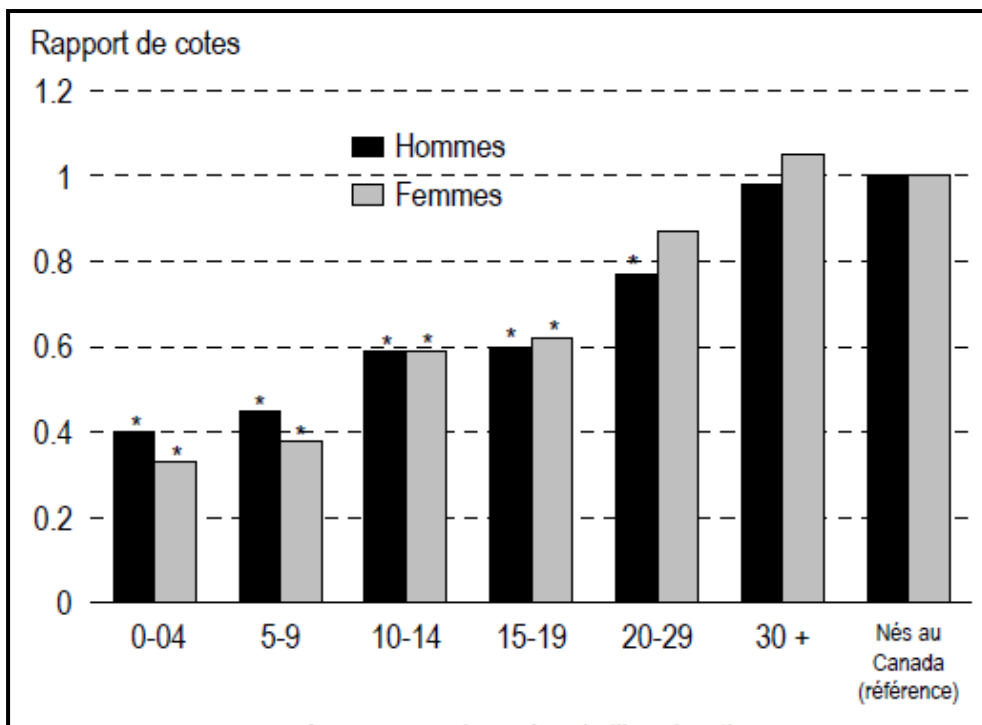



Figure 5: Rapports de cotes relatives à des problèmes de santé chroniques en général, selon le sexe et les années écoulées depuis l'immigration, corrigés en fonction de l'âge, du niveau de scolarité et du revenu

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

*Sensiblement différents de la catégorie de référence ($p < 0,05$)

A decorative rectangular border with intricate, symmetrical scrollwork and floral patterns, framing the central text.

*III. Besoins sanitaires des
migrants et des réfugiés*

Quand les populations se déplacent vers des zones géographiques différentes de celles de leur pays d'origine, elles sont plus susceptibles d'être confrontées à un approvisionnement irrégulier ou incertain en aliments et eau salubre, en particulier lorsque les circonstances sont difficiles et parfois désespérées. En outre, les services publics essentiels, comme l'électricité et les transports, peuvent être défaillants. Dans ces conditions, les risques de consommer des aliments non comestibles, contaminés ou avariés et de ne pas les cuire de manière appropriée peuvent être plus importants. Les réfugiés et les migrants tombent généralement malades durant leur périple, surtout dans les camps surpeuplés. Le ravitaillement, le stockage ou la préparation des aliments peuvent s'effectuer dans des conditions insalubres, et le surpeuplement accroît les risques de flambées de maladies d'origine hydrique et alimentaire [29].

Selon le British Medical Journal, les migrants forcés actuels présentent une «clinique de la pauvreté»: déshydratation, fatigue extrême, lésions aux pieds, infections cutanées, traumatismes mineurs et atteintes de la santé mentale, ainsi les médecins de famille, pédiatres, gynécologues et psychiatres seraient les acteurs nécessaires pour faire face à ces besoins sanitaires. Par contre, le risque de maladies infectieuses importées est mineur selon l'OMS qui souligne plutôt le risque de soins inéquitables à ces populations vulnérables dans les pays de transit ou d'accueil. Le HCR plaide pour la prise en charge des migrants forcés dans les systèmes sanitaires des pays d'accueil. Concernant spécifiquement les réfugiés syriens, le HCR souligne qu'au Liban où actuellement $\frac{1}{4}$ de la population est constituée de personnes fuyant le régime syrien, les principaux enjeux sanitaires sont les femmes enceintes et les quelques 142000 enfants nés dans l'exode depuis 2011, ainsi que la gestion des maladies chroniques telles que le diabète et autres risques cardiovasculaires [47].

1. Hébergement

Le logement inadéquat et la surpopulation sont des facteurs importants dans la transmission des maladies à potentiel épidémique (rougeole, méningite, le typhus, le choléra, etc.), et des flambées de la maladie sont plus fréquentes et plus graves lorsque la densité de population est élevée. En outre, la protection contre le soleil, la pluie, le froid et le vent est indispensable pour le bien-être des réfugiés (photo 3), de même que la fourniture d'un espace de vie sécuritaire pour les familles. En 1984, en Ethiopie, près de 50 000 étaient logées dans des tentes, des huttes en branchages, ou en plein air d'où le taux de mortalité est très élevé principalement en raison de typhus et le choléra. Il est important de planifier l'installation spatiale des réfugiés et d'identifier les matériaux de construction disponible localement et rapidement pour procurer un toit aux réfugiés dans les brefs délais [48].



Photo 3 : Tentes des réfugiés Somaliens dans les camps de Mogadiscio
(Source : AFP/Mustafa Abdi)

2. Approvisionnement en eau potable

Comme toute autre population, les réfugiés exigent un accès immédiat à un approvisionnement en eau suffisant pour maintenir la vie et la santé et cela devient encore plus vital dans les camps de réfugiés où la surpopulation augmente les risques de pollution et des épidémies de maladies d'origine hydrique. Une attention particulière doit donc être portée à l'approvisionnement en eau dès le début de toute tentative visant à faire face à une crise de réfugiés. Il faut assurer une quantité suffisante d'eau. Pendant les premiers jours de la phase d'urgence, une quantité minimale d'eau est nécessaire pour la survie: 5 litres d'eau par personne par jour (source: OMS). Mais cette ration ne réduit pas le risque d'épidémie dans la population, c'est destiné principalement pour boire et cuisiner, et permet seulement un niveau très faible hygiène. La quantité doit donc être augmentée aussi rapidement que possible.

Certains des problèmes associés à la fourniture des quantités suffisantes d'eau dans les premiers jours peuvent provenir de la mauvaise gestion et la répartition inégale, avec certains groupes favorisés par rapport à d'autres, et les réfugiés peuvent se battre pour l'obtention d'eau afin de survivre. Dans l'étape suivante de la phase d'urgence, la quantité de la disposition d'eau doit être rapidement augmentée à une quantité suffisante: 15 à 20 litres d'eau par personne et par jour. Ce montant comprend l'eau pour la boisson, la préparation des aliments, l'hygiène personnelle et le plat / lessive. Si ce seuil n'est pas atteint très rapidement, les risques de la transmission de maladies d'origine hydrique augmenteront évidemment [49].

L'approvisionnement en eau potable est une priorité absolue. Des citernes en plastiques sont le plus souvent utilisées (photo 4) et l'approvisionnement se fait à l'aide de camions citernes en attendant le forage des puits. Les moyens de transport, la connaissance de climat et de la praticabilité des routes conditionnent l'approvisionnement en eau et les pathologies associés [48].



Photo 4: Réfugiés syriens puisant de l'eau dans les citernes en Jordanie
(Source : Sam Tarling/ Oxfam)

3. Assainissement

Les programmes d'assainissement et d'hygiène visent à assurer un environnement propre et de réduire l'incidence des maladies liées à l'environnement. Afin d'atteindre ces objectifs, une attention particulière doit être accordée à l'élimination des excréments, l'évacuation et le traitement des eaux usées, ainsi que la collecte et l'élimination des déchets solides.

Dans les camps de réfugiés, des perturbations sociales, la concentration de gens habitués à une norme différente de l'hygiène et le manque d'installations sanitaires, peut entraîner de graves risques pour la santé. Des excréments et des déchets sont souvent jetés au hasard autour du site de réfugiés dans les premiers stades d'une situation d'urgence et il y a beaucoup de mécanismes de transmission de maladies transmissibles, à savoir les mains, l'eau, les animaux, la nourriture, etc.... Ces agents pathogènes sont transmis beaucoup plus facilement dans ces conditions précaires, et des mesures d'assainissement sont donc nécessaires de toute urgence. Ainsi, la planification de la construction des moyens d'évacuation des déchets et de latrines (photo 5) répond à des normes précises : une latrine ou tranchée par 50 à 100 personnes au cours des premiers jours de l'urgence, amélioré dès que possible à une latrine pour 20 personnes idéalement un par famille. Les indicateurs en matière d'approvisionnement et de latrines de l'eau doivent être surveillés de la même manière que l'incidence des maladies et de mortalité [49].



Photo 5: Mise en place de latrines dans les camps des réfugiés Syriens et Irakiens de Khanke
(Source : Croix-Rouge)

4. Approvisionnement en nourriture

Les pénuries alimentaires et les problèmes nutritionnels sont fréquents chez les migrants et les réfugiés, et ils ont conduit à des taux élevés de malnutrition aiguë, par rapport aux taux couramment trouvés dans les populations non-réfuégiés. En effet, des taux supérieurs à 20% de malnutrition aiguë ont été signalés parmi les réfugiés en Somalie (1980), l'Éthiopie (1988-1989) et au Kenya (1991), et parmi les personnes déplacées en Éthiopie (1985), le Soudan (1988) et au Libéria (1990).

La malnutrition Protéino-Energétique (MPE) est connue pour être une cause majeure de décès chez les populations de réfugiés, principalement parce que la malnutrition augmente la vulnérabilité à la maladie et donc sa gravité, en particulier en ce qui concerne la rougeole.

L'analyse des données recueillies dans 42 camps en Asie et en Afrique, indique un lien évident entre la prévalence de la malnutrition et des taux de mortalité élevés dans les camps de réfugiés dans la phase d'urgence. En plus de la MPE, les carences en nutriments tels que l'avitaminose A ou le scorbut jouent un rôle clé dans la morbidité et la mortalité liées à la nutrition.

Les objectifs généraux sont de répondre aux besoins alimentaires de base de tous les réfugiés et de diminuer la mortalité et la morbidité résultant de malnutrition.

Il faut assurer une ration alimentaire moyenne minimale de 2.100 Kcal / personne / jour contenant une teneur en éléments nutritifs (photo 6); et réduire la prévalence de la malnutrition et de la mortalité de malnutrition par le traitement des personnes souffrant de malnutrition aiguë et la prévention chez les autres groupes à risque [49].



Photo 6: Livraison des rations complètes de nourriture aux réfugiés au Kenya
(Source : DK news Kenya)

5. Sources d'énergie

Le Tchad présente, sur le plan agro-écologique et bioclimatique, une variabilité importante du nord au sud. La répartition des camps de réfugiés sur le territoire va des zones les plus arides au plus humides. Cela détermine leur accès au bois qui est le combustible principal dans l'ensemble des zones d'hébergement des réfugiés. Le manque d'eau, des terres agricoles et du bois de chauffage pour satisfaire les besoins d'énergie constituent les principaux problèmes qui se posent pour les réfugiés et la plupart des populations vivantes dans l'Est du pays.

De nombreuses indications montrent que dans certaines régions de l'Est, la consommation du bois dépasse largement sa production potentielle. De ce fait, la destruction des ressources ligneuses est inévitable et très difficile à restaurer, en particulier, dans le Centre-Est et le Nord-est. La principale source d'énergie domestique de populations réfugiées demeure le bois (photo 7) dont la disponibilité se réduit davantage sous le coup de la surcharge démographique. A la suite de plusieurs évaluations, il apparaît nettement que la productivité (biomasse sèche) des écosystèmes entourant les camps de réfugiés est inférieure aux besoins énergétiques en bois et aux prélèvements effectués par la communauté réfugiée et autochtone. En raison de la concentration démographique dans l'espace et de la capacité de charge des systèmes écologiques, il y aura une pénurie en bois. La question de la consommation du bois est donc, pour le HCR, un des points les plus importants de l'opération en faveur des réfugiés dans la mesure où l'épuisement de la ressource ligneuse est susceptible non seulement de créer une crise énergétique mais aussi d'attiser des heurts intercommunautaires.

En effet, la collecte du bois est non seulement une activité pénible et dangereuse pour les femmes mais elle peut aussi avoir de conséquences néfastes sur le milieu naturel si les équilibres écologiques ne sont pas respectés. Par ailleurs, les distances de collecte peuvent aller jusqu'à 30 km autour du camp pour les ménages et 85 km pour les fournisseurs de bois mort travaillant avec le HCR et ses partenaires [50].



Photo 7: Réfugiés somaliens ramassant du bois de chauffage en Ethiopie

Source : Jaspreet Kindra/IRIN

6. Environnement

L'afflux soudain d'un grand nombre de personnes dans un espace limité peut exercer une pression importante sur l'environnement local. Les réfugiés et les déplacés internes n'ont souvent pas d'autre choix que de dépendre des ressources naturelles pour leur survie, en particulier dans les situations d'urgence. Les arbres sont coupés pour construire ou soutenir des abris de fortune, le bois est ramassé pour cuisiner ou pour se réchauffer et les fruits, les herbes, le gibier et les plantes sauvages servent à manger ou à se soigner.

Sans contrôle, ces activités peuvent rapidement avoir un impact négatif sur l'environnement ainsi que sur les personnes déplacées et les populations hôtes. Les objectifs des programmes de gestion durable de l'environnement menés par le HCR ne peuvent pas être atteints sans la participation active des réfugiés ou des personnes déplacées internes. Pour promouvoir et guider ces programmes, le HCR a élaboré un ensemble de principes directeurs concernant l'environnement fondés sur quatre principes clés [51]:

- **Intégration** : Garantir que les préoccupations environnementales, comme l'aménagement du territoire ou l'assainissement, sont intégrées dans d'autres programmes et activités du HCR,
- **Prévenir plutôt que guérir** : Agir au plus tôt afin de minimiser d'éventuels problèmes à grande échelle et d'éviter des effets irréversibles,
- **Rentabilité** : Avec des ressources limitées, le HCR doit toujours chercher à maximiser l'efficacité de ses programmes d'assistance,
- **Participation locale** : L'implication des communautés locales au développement et à la gestion d'activités environnementales est fondamentale pour la gestion durable des ressources naturelles.



Photo 8: Gestion durable pour l'environnement
Source : UNHCR

7. Matériel médical

Les besoins médicaux sont également évalués en fonction des pathologies locales. L'expérience acquise a permis de mettre au point des kits, de médicaments et de matériels essentiels (photo 9). Ils permettent de répondre à la plupart des besoins médicaux d'une population de 10 000 personnes pendant 3 mois [52].

Le kit a été adopté par de nombreuses organisations et autorités nationales. Il est jugé fiable, standardisé, peu onéreux, approprié et apte à fournir rapidement les médicaments et le matériel essentiel dont on a besoin d'urgence en cas de catastrophe [53].

La politique du HCR en matière de médicaments essentiels et de fournitures médicales consiste à donner des conseils sur la façon d'assurer l'approvisionnement en médicaments essentiels et en fournitures médicales de bonne qualité pendant toutes les phases de programmation du HCR.



Photo 9: Convoi humanitaire pour les réfugiés syriens
Source: Thierry Will F3 LR

Le HCR et ses partenaires doivent [54]:

- ★ Se baser sur la liste des médicaments essentiels et autres fournitures médicales du HCR pour leur sélection.
- ★ Utiliser la dénomination commune internationale (DCI ou noms génériques) et non pas le nom de la marque lorsqu'ils sélectionnent, achètent et distribuent les médicaments.
- ★ Utiliser les kits de santé reproductive et d'urgence uniquement pendant les phases d'urgence aiguës afin de répondre aux besoins d'une population dont l'accès aux établissements de santé opérationnels est perturbé ou impossible.
- ★ Encourager l'utilisation rationnelle des médicaments en faisant la promotion d'une prescription, d'une distribution et d'une consommation rationnelle des produits pharmaceutiques à tous les niveaux. Pour ce faire, il convient d'élaborer les principes directeurs nécessaires et d'organiser des activités de formation à destination des agents de santé et des consommateurs de la communauté.

Les médicaments y sont classés comme suit [54]:

- ✓ Kits d'urgence : Kit sanitaire d'urgence inter-agence de base et complémentaire, kits de santé reproductive inter-agence, kit maladies diarrhéiques et kit de vaccination.
- ✓ Médicaments : Médicaments oraux (y compris inhalation, sublingual, suppositoire, vaginal), médicaments injectables, médicaments à usage externe et antiseptiques, infusions, vaccins, immunoglobulines, médicaments psychothérapeutiques, anticonvulsants, antiparkinsoniens, médicaments antituberculeux, contraceptifs, médicaments antipaludéens.

L'achat de produits pharmaceutiques est un processus structuré composé de nombreuses étapes. Des procédures efficaces doivent être mises en place pour [54]:

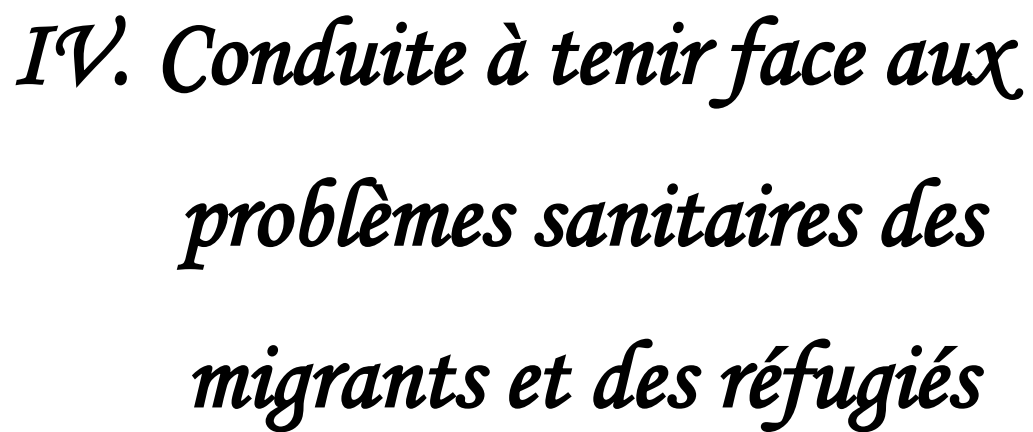
- a) Sélectionner les médicaments essentiels les plus rentables afin de traiter les maladies les plus courantes ;
- b) Quantifier les besoins ;
- c) Présélectionner des fournisseurs potentiels ;
- d) Gérer l'approvisionnement et la livraison ;
- e) garantir une bonne qualité des produits ;
- f) Effectuer un suivi des performances des fournisseurs et du système d'approvisionnement.

Un échec dans l'un de ces domaines conduit à un manque d'accès aux médicaments appropriés et à un gaspillage.

8. Ressources Humaines

Une bonne coordination entre les différents partenaires opérationnels est la clé pour une planification efficace de secours d'urgence. Il peut y avoir de multiples partenaires dans les grandes urgences à grande échelle: agences des Nations Unies, les autorités du pays hôte, les ONG locales et internationales, et des représentants de la population de réfugiés. Le HCR a un rôle majeur à jouer dans la coordination des travaux de réfugié, ce qui est particulièrement important dans les situations complexes où la politique et la diplomatie compliquent les décisions logistiques et techniques. Différents types de personnel sont tenus de mettre en œuvre des activités dans tous ces domaines: médecins de santé publique, spécialistes de l'assainissement, nutritionnistes, logisticiens, administrateurs, etc. Une fois que les différentes activités et les tâches ont été identifiées, les besoins en personnel doivent être déterminés. La gestion du personnel et de l'organisation du travail est une tâche complexe et ne doit pas être négligé [49].

Une équipe de cinq personnes en collaboration avec des agents de santé communautaire, choisis et formés parmi la population suffit le plus souvent à assurer la prise en charge d'un camp de réfugiés de 10000 personnes. La formation de personnel local doit faire l'objet d'une attention particulière, elle contribue au transfert et à la prise en charge d'une partie de problème de santé publique par les réfugiées eux-mêmes [48].

A decorative rectangular border with ornate, symmetrical scrollwork and floral patterns, framing the central text.

*IV. Conduite à tenir face aux
problèmes sanitaires des
migrants et des réfugiés*

Les guerres, les conflits, les catastrophes naturelles, la recherche d'une vie meilleure, le goût de l'aventure, telles sont les quelques raisons parmi tant d'autres qui entraînent la plupart des ressortissants de pays pauvres vers les pays les plus riches. Cependant, l'accès aux soins de santé de ces réfugiés et migrants pose un réel problème de santé publique. Les nations concernées sont alors dans l'obligation de mettre en place des solutions immédiates et durables pour faire face à ces situations d'urgence. Certes des progrès ont été faits dans les politiques d'accès aux soins de santé, mais beaucoup reste encore à faire pour améliorer les conditions de vie des migrants et des réfugiés. Par ailleurs, la distinction doit être faite entre les groupes de migrants et les groupes de réfugiés car les contextes ainsi que les modalités d'accès aux soins sont différents. En effet, les groupes d'immigrés aspirent plus à la santé que les résidents des pays de destination ; on parle alors de « l'effet du migrant en bonne santé », c'est-à-dire qu'il faut obligatoirement être en bonne santé pour espérer se lancer dans l'aventure. Alors que ceci n'est pas vrai pour les réfugiés de guerre qui eux fuient pour sauver leur vie. On reconnaît aussi que les lignes directrices mises en place pour aider les praticiens dans les soins des migrants ne sont pas bien développées [55].

Les conduites à tenir devant les problèmes sanitaires des réfugiés et des migrants doivent être efficaces. Il faut donc considérer le problème non seulement dans sa globalité mais aussi dans sa spécificité. Elles arborent alors plusieurs aspects allant des politiques de santé des pays d'accueil pour les migrants, des accords internationaux, de la spécificité des maladies (transmissibles ou non), à la définition et à la bonne compréhension des barrières à l'accès aux soins de santé.

1. Solutions face aux barrières ou limites d'accès aux soins de santé

Il existe des barrières qui limitent l'accès aux soins de santé des nouveaux migrants [30]. On peut citer :

- L'éligibilité aux soins : Il doit y avoir des lois qui garantissent l'accès et l'égalité dans les soins pour tous. En effet, les conditions d'accès changent en fonction du statut juridique du migrant ou du réfugié. Ainsi au Royaume-Uni les demandeurs d'asiles ont droit aux soins primaires et secondaires.
- La culture : les migrants et les réfugiés venant de contrées différentes, leurs relations avec les médecins peuvent être perçues différemment. Ainsi, les praticiens doivent être très sensibles aux différences de cultures médicales, du rôle des membres de la famille dans les prises de décisions et de certains traitements spécifiques de symptômes qui peut différer de ceux des pays d'accueil. Par exemple dans certaines cultures il existe des contraintes particulières à l'examen physique des femmes [56].
- La langue : c'est l'un des premiers freins aux soins de qualité. Les agents de santé doivent parler clairement et doucement aux personnes dont la langue maternelle est différente ou bien faire appel à un interprète. De ce fait le rôle de l'interprète est crucial pour assurer une bonne communication. Ce rôle doit cependant être relativisé car des informations sensibles peuvent être omises (notamment sur les IST) surtout s'il s'agit d'un membre de la famille ou d'une connaissance [56,30].

- La dispersion des programmes : les moyens doivent être mis en œuvre pour des suivis corrects et stricts. Cet aspect résulte de l'interruption des traitements, des mauvais suivis et de la perte de vue des patients.
- La pauvreté : il faut informer de la gratuité des premiers soins motivant les consultations médicales. En effet, l'accès aux soins de santé est secondaire par rapport à la recherche d'argent pour survivre. Les intéressés se présentent alors tardivement au service approprié [30].
- La stigmatisation : mener des campagnes de sensibilisation sur les dangers et les risques de la stigmatisation. La peur des répercussions sociales de certaines maladies (VIH, hépatites) au sein des communautés, pousse à ne pas se présenter aux services de soins et aussi de ne parler de certains aspects de leur pathologie.

2. Bonne approche dans la prise en charge initiale

La prise en charge initiale diffère selon le type de migration. En effet, l'immigration des cadres à la recherche de travail est bien codifiée. Les candidats doivent pour ce faire effectuer un certain nombre d'exams biologiques et cliniques afin de postuler. Dans plusieurs pays, le but de ces consultations initiales est plus pour protéger les populations des pays d'accueil qu'un effort de compréhension des besoins réels des candidats à la migration [56].

Or, cette sélection est totalement absente chez les migrants clandestins ou chez les réfugiés de guerre, où la prise en charge ne débute qu'à l'arrivée après mise en quarantaine.

De ce fait, il existe une mauvaise approche qui doit nécessairement être corrigée. Cela permettra une rationalisation de la prise en charge des besoins sanitaires et une action plus efficace.

Parmi les conduites à tenir pour une bonne prise en charge du nouveau patient immigré [56] :

- Faire un effort pour un bon accueil dans un cadre de confiance et de bienveillance.
- Procéder à l'examen physique après avoir eu connaissance de l'historique du patient, tout en tenant compte des risques spécifiques de maladie et des facteurs de sensibilité culturelle.
- Evaluer l'état nutritionnel.
- Etre attentif aux indicateurs de problèmes psychologiques basés sur des symptômes spécifiques tels que la dépression, l'expérience traumatique vécue et d'autres sources d'informations. Avoir en tête qu'une confiance sur une histoire traumatique peut prendre du temps, et nécessite de la confiance et des interrogations précises.
- Déterminer ce qui a été entrepris comme investigation au cours de l'évaluation de l'immigration, et les résultats si possibles.
- Demander des examens biologiques de routine, avec un accent sur la numération formule sanguine pour déceler une éventuelle anémie, éosinophilie ou anomalies congénitales de l'hémoglobine.
- Continuer d'investiguer dans toutes anomalies retrouvées quel que soit leur nature.

- Effectuer un test cutané à la tuberculine chez les candidats au traitement à la tuberculose latente, qui sera interprété par un agent de santé expérimenté. Recommander ensuite la chimio prophylaxie chez les patients positifs.
- Maintenir un seuil bas de dépistage des IST, en particulier chez les femmes enceintes et ceux avec de nouveaux ou des partenaires multiples.
- Veiller à ce que les ressortissants des zones endémique en tuberculose aient une radiographie pulmonaire récente. Un prélèvement est effectué pour examen microscopique et culture au laboratoire si la radiographie est anormale. Envisager une chimio prophylaxie si fibrose pulmonaire et tuberculose active exclue.
- Chez les patients asymptomatiques originaires de régions à forte prévalence de parasites fécaux, un examen parasitologique des selles et des urines sont justifiés.
- Le dépistage d'autres parasitoses en l'absence de symptômes n'est pas systématiquement recommandé, excepté le paludisme pour ceux en provenance des régions à forte prévalence de cette parasitose. Des tests de diagnostic rapide et des frottis sanguins pour le paludisme sont indiqués devant tout épisode de fièvre inexplicée. Les migrants provenant des régions endémiques à *Trypanosoma cruzi* et bénévoles pour transfusion sanguine doivent être invités à informer le service concerné.
- Maintenir un faible seuil de recommandation pour le dépistage sérologique du VIH, en considérant que dans les pays à forte prévalence toute personne pourrait être à risque.

- Anticiper les sensibilités culturelles pour les questions sur le VIH.
- Effectuer les tests sérologiques pour le diagnostic de l'hépatite B, notamment l'Antigène HBs (AgHBs) et l'Anticorps anti HBc (AcHBc). Vacciner ceux qui ont eu un contact sexuel avec des individus AgHBs positif. Le dépistage de l'hépatite C peut être indiqué chez ceux provenant de pays à forte prévalence comme l'Égypte.

Le taux de natalité étant relativement élevé chez les populations de migrants, les questions d'obstétriques, de contraception et le dépistage par cytologie cervicale sont importantes. La mutilation génitale féminine peut être un problème chez les femmes de certaines régions du nord et de l'ouest de l'Afrique ainsi que du Moyen-Orient.

- Evaluer l'état de la vaccination. En absence de dossiers fiables, il faut une réinitialisation du calendrier vaccinal ou des preuves sérologiques de vaccination.
- Inclure des soins de routine tels que la mesure de la pression artérielle et la lipidémie.
- Eviter les enquêtes dont les résultats sont déjà disponibles. Le vécu et l'examen physique peuvent conduire à d'autres investigations.
- Confier le patient au médecin de la famille une fois l'évaluation initiale terminée.

3. Prise en charge de certaines maladies infectieuses

La prise en charge des maladies transmissibles telle que les IST doit se faire avec délicatesse. Dans plusieurs communautés le SIDA est source de stigmatisation. Certains perçoivent le test comme une discrimination, des motivations raciales, ou encore une atteinte au statut de réfugié [57].

Il faut donc une approche plus personnalisée pour chaque migrant avec le développement de relation de confiance basée sur la confidentialité.

Au Royaume Uni le guide de santé des migrants spécifie les priorités dans le management de la tuberculose ou sa prise en charge [30] : plus de vigilance pour la tuberculose active et latente chez les nouveaux migrants et les groupes à risques ; une communication adaptée à la culture et des campagnes de sensibilisation contre la stigmatisation ; des vaccinations appropriées contre le BCG ; se référer à des équipes de spécialistes pour le traitement ; nommer des travailleurs clés ; prise en charge ambulatoire autant que possible ; conseiller l'éducation à la santé, l'accès aux soins, le logement et les services sociaux.

Le diagnostic différentiel doit inclure les maladies qui sont rares dans les pays tempérés ou industrialisés. Une consultation avec un expert en médecine tropicale doit être faite lorsque la maladie a des caractéristiques inhabituelles ou orientant vers une maladie tropicale, si le patient est gravement malade ou si l'évaluation n'est pas concluante [57].

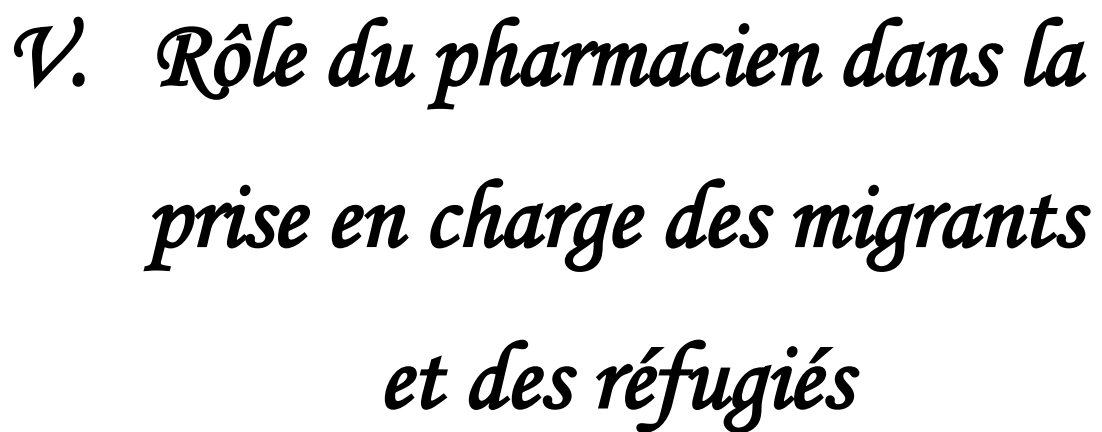
4. Solutions politiques sanitaires

Une volonté politique sans faille est nécessaire pour le développement des stratégies d'accès aux soins des migrants et des réfugiés. Or la migration entraîne une diversification des populations qui accentue le challenge des services de santé [58].

L'assemblée mondiale de la santé a urgemment demandé aux gouvernements de développer des politiques en adéquation avec les diversités et les risques spécifiques pour les migrants.

Les stratégies doivent être adaptées à la diversification des populations et faire valoir l'équité et le droit à la santé pour tous et sans considération de statut, de sexe, de race, de religion. Il doit y avoir une formulation correcte des politiques pour permettre une meilleure mise en œuvre des textes de lois, une définition claire des stratégies, avec l'emploi de ressources adéquates une augmentation des effectifs de médiateurs culturels de substitution ou la formation des agents de santé comme médiateurs et une augmentation du coût des dotations.

Ces décisions politiques doivent toutes être accompagnées par augmentation parallèle des budgets. Les pays industrialisés doivent prendre leur responsabilité et agir et réagir le plus rapidement et efficacement possible aux urgences que pose la migration

A decorative rectangular border with intricate, symmetrical scrollwork and floral patterns, framing the central text.

*V. Rôle du pharmacien dans la
prise en charge des migrants
et des réfugiés*

La population migrante ayant des difficultés de communication avec les pharmaciens sont victimes des prescriptions médicaux dans une proportion supérieure à la moyenne. Des incidents en relation avec des médicaments se produisent avec une fréquence plus élevée chez les migrants que dans les autres groupes de population. C'est souvent en cause la capacité de communication limitée entre les fournisseurs de prestations et cette catégorie de patients. Le danger qu'un incident indésirable lié à la prise de médicaments survienne est évalué comme très important pour les clients de langue étrangère ou de culture différente: 80% des pharmaciens estiment que les clients parlant une langue étrangère courent un risque plus élevé que les autres d'être victimes d'un tel événement, tandis que 19% seulement pensent qu'ils ne sont pas plus exposés. Pour les clients issus d'une autre culture, le risque d'incident indésirable est jugé un peu moins élevé: 58% des pharmaciens considèrent que ces personnes courent davantage de risques que les autres, alors que 42% ne voient pas de différence. L'un des principaux moyens auxiliaires pour appuyer le conseil en pharmacie est le plurilinguisme du personnel. Parmi les outils actuellement moins usités, les pharmaciens affichent une préférence pour les logiciels de création d'étiquettes fiables et contrôlées avec fonction de traduction et pour la mise à disposition en ligne de notices d'emballage et autre matériel d'information rédigés dans d'autres langues. Ils seraient également favorables à des pictogrammes et à des fiches d'instruction illustrées [59].

Depuis une dizaine d'années, le paysage de la pharmacie humanitaire a connu de profondes évolutions et s'est professionnalisé. Sur le terrain, les associations engagent des professionnels aguerris, avec une expertise ciblée, aussi bien en France que dans les pays en voie de développement, dans des situations d'urgence ou de crise humanitaire, comme les besoins en médicaments pour les réfugiés et les migrants. La pharmacie humanitaire est devenue une vraie spécialité, recherchée, dans laquelle les pharmaciens exerçant dans les métiers de la biologie, de l'industrie, de la distribution, de l'hôpital ou de l'officine ont tous un rôle important à jouer [60].

Les Pharmaciens sans frontières sont cosignataires, avec notamment le HCR, le Comité International de la Croix-Rouge et les Médecins sans Frontières d'une charte visant à faire respecter une éthique de l'aide humanitaire [61] :

- ✓ L'aide doit être adaptée aux besoins du terrain ;
- ✓ Chaque action doit être menée après une évaluation des besoins sur place ou sur une demande précise qui émane du personnel local ;
- ✓ Le médicament doit rester aux mains des professionnels de la santé ;
- ✓ Les standards de qualité doivent rester les mêmes au Nord comme au Sud ;
- ✓ Les dons de médicaments doivent respecter les politiques de santé du pays destinataire ;
- ✓ L'aide à long terme est privilégiée par rapport aux aides ponctuelles et est réalisée en collaboration avec le personnel local ;

A decorative rectangular border with intricate, symmetrical scrollwork and floral patterns, framing the central text.

VI. Recommendations

La migration, qu'elle soit précipitée par des facteurs économiques ou politiques, est en train de changer le profil démographique, social et culturel qui deviennent de plus en plus hétérogènes. Cette migration est devenue aussi partie clé et intégrante du développement économique. Cependant et comme ailleurs, le risque d'exclusion sociale de ces nouveaux venus pèse lourd et à long terme pourrait poser des problèmes de type social et sanitaire pour tous ceux qui sont concernés.

Bien que beaucoup soit déjà fait pour les migrants, réfugiés ; on peut néanmoins, et sur la base de proposer un certain nombre de recommandations avec l'objectif de:

- Répondre aux besoins des migrants et des réfugiés ;
- Faciliter l'insertion sociale des migrants et des réfugiés ;
- Promouvoir et protéger leur santé et bien-être ;
- Mieux rationaliser l'utilisation et donc les coûts des services sanitaires et sociaux dans le contexte de cette migration [62] :

1. Formation

Etant donné la nature multiculturelle de ce phénomène migratoire, il serait important d'assurer une formation continue dans ce domaine pour toutes les personnes qui travaillent avec les migrants et les réfugiés, (personnel de santé, y compris pharmaciens, travailleurs sociaux, personnels du secteur éducatif, police).

2. Information et éducation

Etant donné que la plupart des migrants clandestins risquent de rester en marge du système de santé, il faudrait trouver le moyen de les responsabiliser et par une information et une éducation sanitaire et sociale, les faire participer à la promotion et la protection de leur propre santé y compris dans les domaines de l'alimentation, la vie sexuelle et reproductive, les accidents de travail et les problèmes psychologiques liés au stress.

3. Pharmaciens

Etant donné que beaucoup de migrants clandestins et réfugiés s'adressent aux pharmaciens en premier recours, il serait important de créer des liens de référence plus spécifiques avec des médecins et les services de l'hôpital.

4. Traducteurs et médiateurs

Etant donné l'existence de difficultés de type culturel et linguistique qui peuvent influencer la capacité du personnel de santé à diagnostiquer et traiter des problèmes chez cette population, il faudrait augmenter le nombre de traducteurs et médiateurs disponibles et accroître la formation dans ce domaine.

5. Personnel psychosocial

Etant donné que les problèmes psycho sociaux sont très fréquents parmi les migrants et les réfugiés et qu'ils peuvent avoir une influence sur d'autres domaines de la santé, il serait important d'augmenter le nombre de personnes ayant une formation en psychologie culturelle dans tous les services sanitaires et sociaux.

6. Dépistage

Etant donné que beaucoup de migrants et réfugiés se présentent avec des problèmes d'origine psychosociale, il faudrait pouvoir mieux diriger ces personnes vers les services appropriés et éviter ainsi que les médecins et infirmières soient surchargés par des questions autres que purement biomédicale.

7. Assurance médicale

Etant donné que beaucoup de migrants clandestins souhaitent et sont prêts à investir dans des programmes d'assurance médicale, il serait important d'explorer quelles pourraient être les modalités les mieux adaptées et les plus efficaces pour eux et pour le système de santé en général.

8. Logement

Etant donné le problème aigu du logement chez les migrants et les réfugiés, mais tenant compte du manque de logements en général, il faudrait faire tout le possible pour assurer un niveau d'hygiène le meilleur possible mais adapté à la réalité de leur situation.

9. Coordination

Etant donné les différents domaines de spécialisations des associations qui travaillent pour et avec les migrants et les réfugiés, il serait important de renforcer la coordination de leurs systèmes de référence des clients/patients entre elles-mêmes et avec les services sanitaires et sociaux de l'Etat.

A decorative rectangular border with intricate, symmetrical scrollwork and floral patterns, framing the central text.

VII. Etude sur le terrain

1. Introduction

L'étude a fait l'objet d'une enquête au cours des entretiens avec 20 réfugiés à la ville de Fès. Cette enquête nous a révélé les résultats suivants :

- ✓ Acquisition des données ;
- ✓ Traitement des données ;
- ✓ Interprétation des résultats.

2. Matériel et méthode

Pour collecter les informations auprès de l'échantillon et conduire la recherche à bout, nous avons utilisé trois techniques :

- ✓ Pré-enquête : Elle s'est déroulée pendant une semaine au boulevard Hassan II de Fès. Ce qui nous a permis d'affiner notre questionnaire (sexe, âge, logement, pays d'origine, situation au Maroc, problèmes de santé, assurance, conseils à la pharmacie, causes d'asile, raisons motivant le choix du Maroc, mode d'entrée au Maroc et les suggestions).
- ✓ L'enquête par questionnaire : Elle a été adressée aux réfugiés. Elle nous a permis de recueillir divers données et plus précisément sur leur état de santé et les causes d'asile.
- ✓ L'entretien individuel : On a classé chaque réfugié selon leur pays d'origine, puis on a donné à chacun le questionnaire pour remplir.

3. Résultats

3.1. Répartition selon le sexe

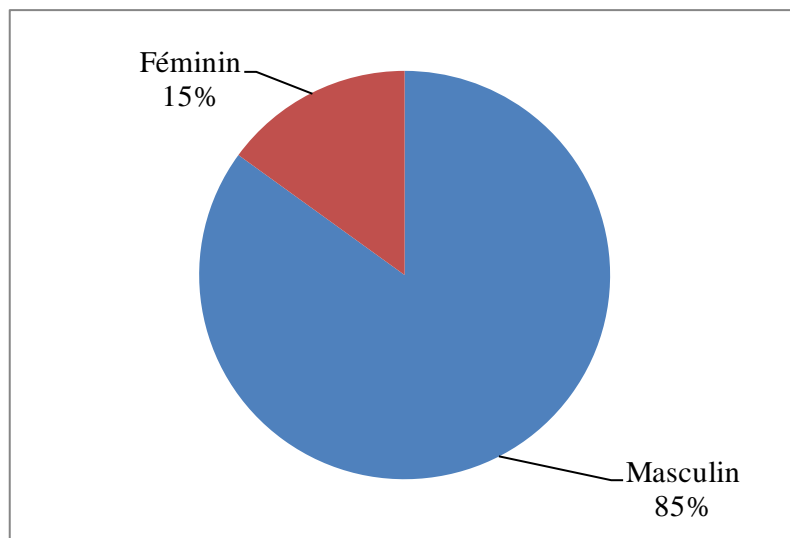


Figure 6: Répartition des réfugiés selon le sexe

3.2. Répartition selon l'âge

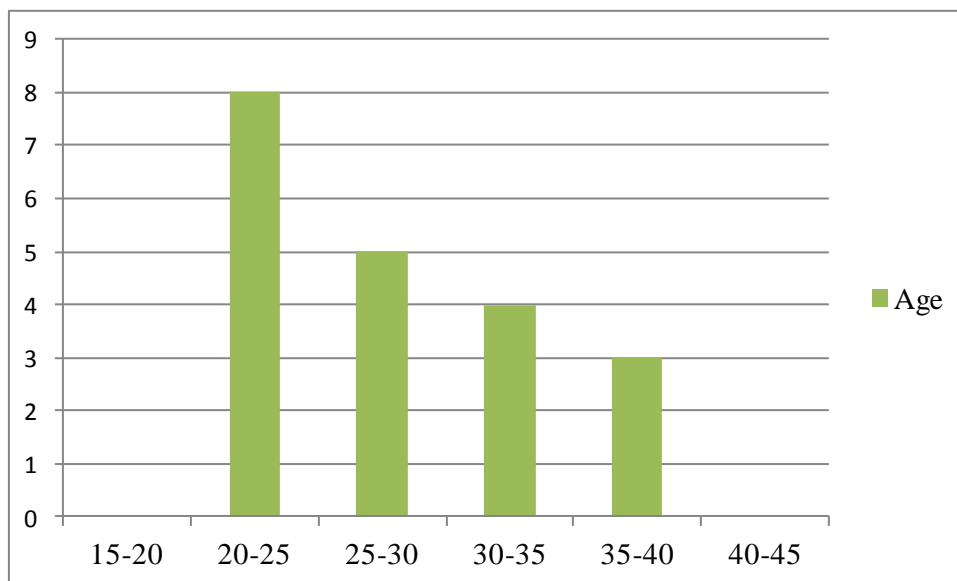


Figure 7: Répartition des réfugiés selon l'âge

3.3. Logement à Fès :

Forêt de la gare ONCF de Fès.

3.4. Répartition selon le pays d'origine

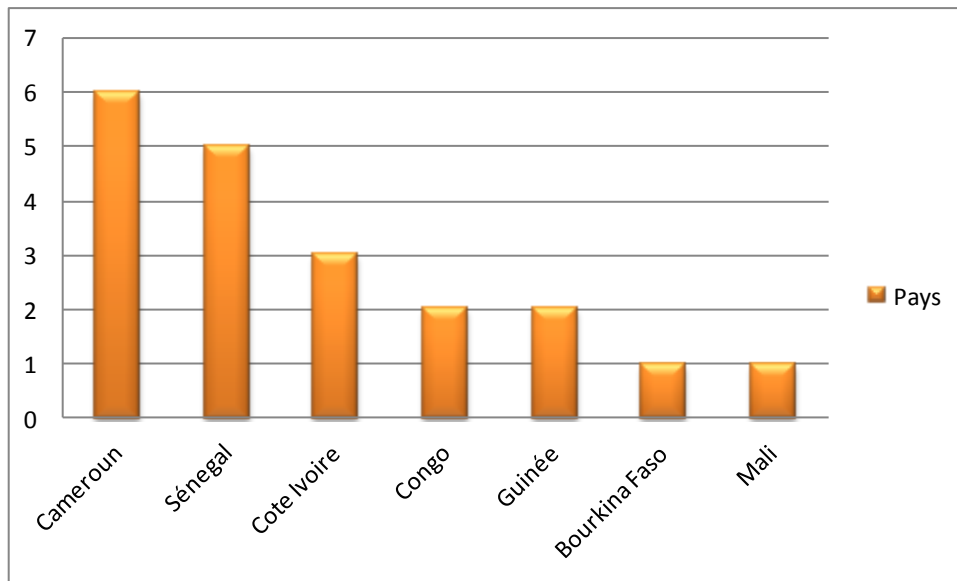


Figure 8: Répartition des réfugiés selon le pays d'origine

3.5. Répartition selon la situation au Maroc

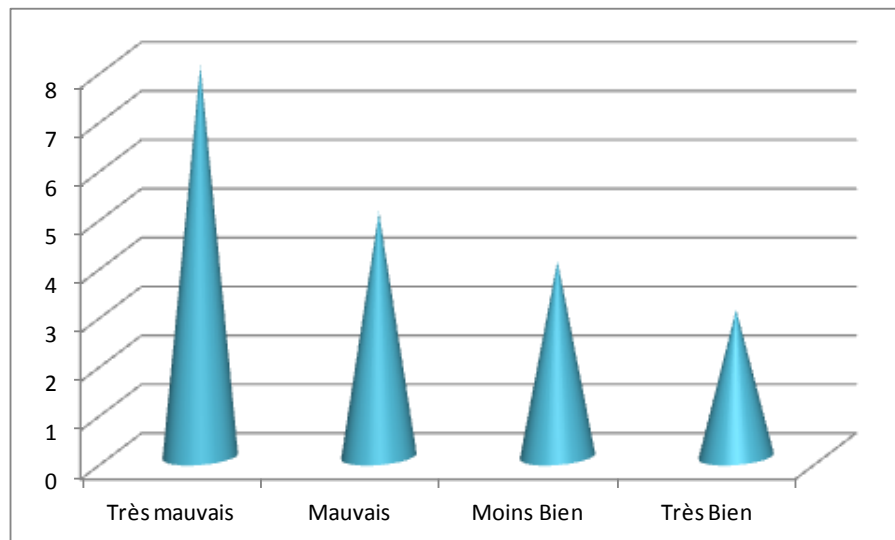


Figure 9: Situation des réfugiés au Maroc et raisons évoquées

Parmi les raisons évoquées selon leur situation :

- Très mauvais : il n'ya pas d'emploi, pas de quoi manger et surtout pas d'abri ce qui fait il y'a une propagation des maladies.
- Mauvais : Pas de sécurité.
- Moins bien : Pas d'assistance, privation des biens aux réfugiés.
- Très bien : Il ya de la liberté.

3.6. Répartition selon les problèmes de santé

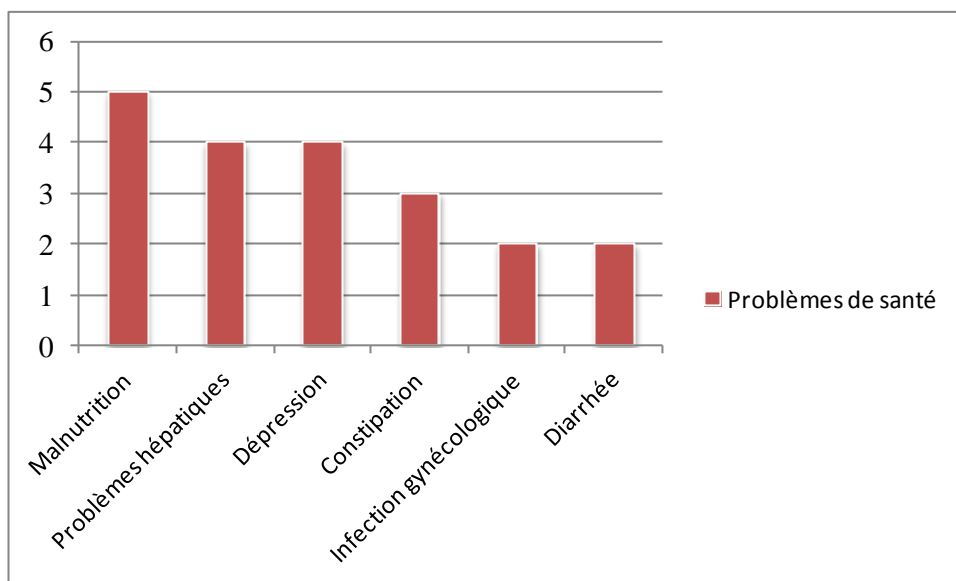


Figure 10: Problèmes de santé fréquents chez les réfugiés à Fès

3.7. Conseils proposés à la pharmacie

Pas d'antibiotiques, seulement quelquefois des vitamines ou des médicaments antalgiques à cause de la pauvreté (ils n'ont de quoi payé) et aussi le problème de communication entre les réfugiés et le pharmacien à cause de la langue.

3.8. Répartition selon les causes d'asile

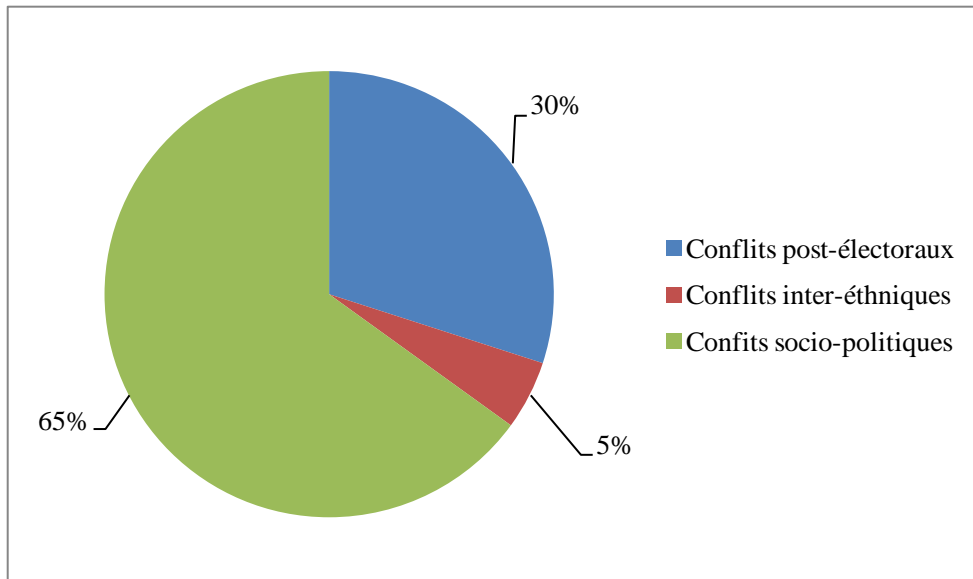


Figure 11: Causes d'asile des réfugiés

3.9. Répartition selon les raisons motivant le choix du Maroc

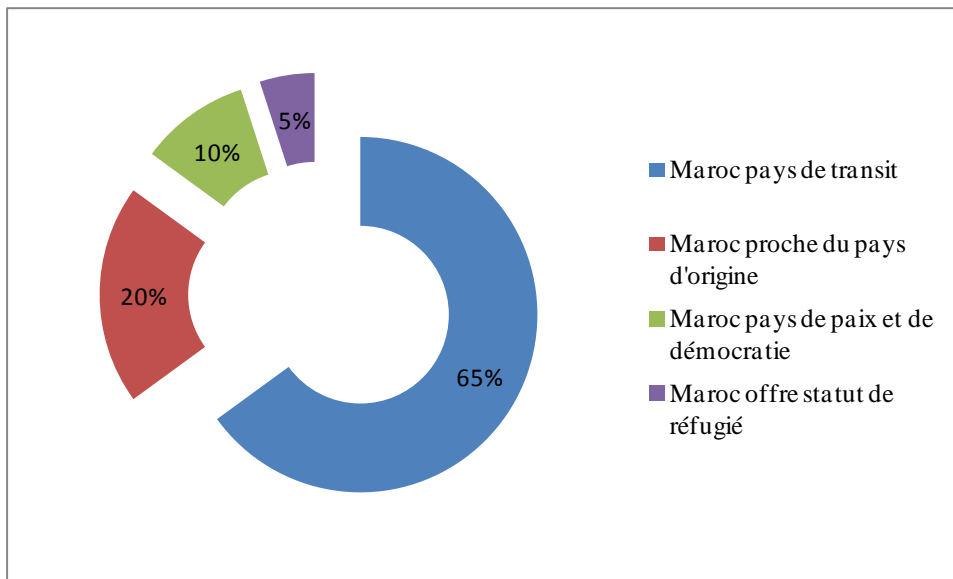


Figure 12: Raisons motivant le choix du Maroc comme pays d'asile

3.10. Mode d'entrée au Maroc :

Par frontière

4. Discussion

L'étude regroupe :

- 7 nationalités différentes des réfugiés enquêtés dont la nationalité camerounaise et sénégalaise qui domine.
- La tranche d'âge se situant entre 20-40 ans.
- 3 grands événements qui contraignent le départ des réfugiés de leurs pays pour le Maroc, dont les plus fréquentes sont les conflits sociopolitiques.
- Les éléments qui motivent les réfugiés à venir se réfugier au Maroc, la plupart ont avancé que le Maroc est un pays de transit vers l'Europe.
- Les problèmes de santé dont la plupart souffrent sont la malnutrition, les problèmes hépatiques et la dépression.

Le but de l'étude est de mieux connaître les besoins spécifiques des réfugiés et trouver des solutions pour augmenter leur qualité de vie, ainsi le fait de disposer d'un logement est un facteur d'influence sur l'accès à l'emploi et il entraîne également des répercussions sur la santé.

C'est pourquoi il faut créer des centres d'accueil pour le bien être des réfugiés, les prendre en charge en leur donnant les moyens nécessaires pour qu'ils puissent faire les petits commerces, les permettre de dire ce qu'ils ressentent et les aider à trouver des solutions vraiment courageuses, et bien sur ils doivent bénéficier des soins de santé.

A decorative rectangular border with intricate, symmetrical scrollwork and floral patterns, framing the central text.

Conclusion

La santé est un droit humain, et le droit à la santé est indispensable car il est intimement lié et subordonné à la réalisation, entre autres, du droit au logement, à la nourriture, à la sécurité sociale, au travail et à la vie de famille.

Cette recherche met en évidence le besoin de parler, d'être considéré de ces patients. Leur besoin aussi d'être rassuré sur le plan médical, de pouvoir faire un « check up » pour partir sur de bonnes bases.

Ce type des patients n'a finalement pas des attentes plus compliquées que nos patients habituels mais différentes. Ils se dirigent en premier lieu à la pharmacie pour avoir des conseils c'est pourquoi la prise en charge des migrants et des réfugiés peut être réalisée en soins primaires et nous permettre de faire notre métier, dans la lignée de tous les pharmaciens ayant prêté le serment de Galien, serment prêté par tout jeune doctorant lors de la soutenance de sa thèse de pharmacie.

Cette collecte de données sur la santé globale de ces migrants nous semble essentielle pour porter leurs conditions de vie sur le devant de la scène et poser les jalons de pistes de réflexion et d'interventions futures, pour nous, médecins, pharmaciens et acteurs de la société civile.

A decorative rectangular border with intricate, symmetrical scrollwork and floral patterns, framing the central text.

Résumé

RESUME

Titre : Les problèmes et besoins sanitaires des migrants et des réfugiés

Auteur : Benslimane Moulk

Mots clés : Migrants, Réfugiés, problèmes sanitaires, besoins sanitaires

Les migrants et les réfugiés forment un groupe de voyageurs particulièrement exposé du point de vue sanitaire. Ils font face à d'importantes difficultés concernant l'accès à leurs droits aux soins de santé et/ ou au travail.

En faisant un dépistage personnalisé, et en mettant en place des mesures de soins préventifs en fonction des maladies retrouvées dans le pays d'origine et en facilitant l'accès aux soins de santé, les médecins de première ligne peuvent ainsi améliorer la santé, à la fois, à court et à long terme de cette population vulnérable et en seconde ligne étant donné que beaucoup de migrants clandestins et réfugiés s'adressent aux pharmaciens en premier recours, il serait important de créer des liens de référence plus spécifiques avec des médecins et les services de l'hôpital.

C'est pourquoi la santé des migrants doit être considérée comme un enjeu sanitaire mondial et les systèmes de santé doivent être prêts à affronter cette nouvelle réalité.

ABSTRACT

Title : Problems and health needs of migrants and refugees

Author : Benslimane Moulk

Keywords: Migrant, Refugee,

Migrants and refugees are a particularly vulnerable group of travelers from the health point of view. They face major difficulties concerning access their rights to health care and / or work.

By making a personalized screening, and by implementing preventive care measures based on diseases found in the country of origin and facilitating access to health care, primary care medicine can improve health, both in the short and long term of this vulnerable population and at second level, as many illegal migrants and refugees are for pharmacists in primary care, it is important to create more specific reference links with doctors and the hospital's services.

This is why the health of migrants should be considered as a global health issue and health systems must be ready to face this new reality.

ملخص

العنوان: المشاكل والاحتياجات الصحية للمهاجرين واللاجئين

من طرف: ملك بنسليمان

الكلمات الأساسية: المهاجرين، اللاجئين،

المهاجرون واللاجئون هم مجموعة من المسافرين المعرضة بشكل خاص من الناحية الصحية. وهم يواجهون صعوبات كبيرة فيما يتعلق بالوصول إلى حقوقهم في الرعاية الصحية و / أو العمل. إذا قمنا بفحص المهاجرين و اللاجئين بناء على الأمراض الموجودة في مسقط رأسهم ، يتبين وجود مرحلتين: المرحلة الأولى: تسهيل الوصول إلى العلاج من طرف الأطباء سواء على المدى القصير أو البعيد من هذه الفئة المعرضة للخطر.

المرحلة الثانية: تتوجه هذه الفئة إلى الصيدلاني للرعاية الصحية الأولية، لذا من المهم خلق الروابط مع الأطباء للحصول على العلاج المناسب.

مستعدة. هذا هو السبب وينبغي النظر في صحة المهاجرين باعتبارها قضية صحية عالمية ويجب أن تكون النظم لمواجهة هذا الواقع الجديد

A decorative rectangular border with intricate, symmetrical scrollwork and floral patterns, framing the central text.

*Références Bibliographiques et
Webographiques*

- [1] OIM (Organisation internationale des Migrants). Etat de la migration dans le monde 2013 : le bien être des migrants et le développement. Rapport 2013 ; 33
- [2] La cimade (Service œcuménique d'entraide). Définitions d'un migrant et d'un réfugié. Solidarités internationales. http://www.lacimade.org/fichepratiques/4507-Qu-est-ce-qu-un-migrant--?pole_id=solidarites-internationales
- [3] Centre international pour la migration et la santé. Le défi de la migration et la santé. Article de fond du CIMS 2007 ; p : 1-4
- [4] OCDE-Nations Unies/ DAES : Département des Affaires Economiques et Sociales. Les migrations internationales en chiffres 2013.
- [5] Kaya B. Une Europe en évolution- les flux migratoires au 20^e siècle. Conseil of Europe Publishing Editions du Conseil de l'Europe. Projet «Apprendre et enseigner l'histoire de l'Europe du 20e siècle» 2002 ; p : 15-22.
- [6] Frontex. FRAN Quaterly. 2014: 11-62
- [7] <https://www.iom.int>
- [8] <http://www.wallyzone.net/grosseile/Index.php?page=20>
- [9] Dieleman M. Migrants subsaharienne et VIH. Observatoire du sida et des sexualités 2008; p: 21-6.
- [10] Spiegel Paul B, Bennedsen AR, Claass J, Bruns L, Patterson N, Yiweza D, et al. Prevalence of HIV infection in conflict affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. Lancet 2007, 369:2187-95.

- [11]. OMS. Migration et tuberculose 2007. <http://www.euro.who.int/>
- [12] Fraisse P, Veziris N. Tuberculose pulmonaire et infection tuberculeuse latente. Article: 41-65.
- [13] Aldridge WR, Yates AT, Zenner D, White JP, Abubakar I, Hayward CA. Pre-entry screening programmes for tuberculosis in migrants to low-incidence countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2014; 14:1240-49.
- [14] Oeltmann JE, Varma JK, Ortega L, et al. Multidrug-resistant tuberculosis outbreak among US-bound Hmong refugees, Thailand, 2005. *Emerg Infect Dis* 2008; 14:1715-21.
- [15] Gorbacheva O, Mishra AK, Shapovalov D, Sudtasay S. Prevalence of bacteriologically confirmed pulmonary tuberculosis in the Bhutanese refugees in Nepal. Results of active case finding. 14th International Congress on Infectious Diseases (ICID), 9–12 March, 2010, Miami, FL, USA. 2010.
- [16] Yanni EA, Naoum M, Odeh N, Han P, Coleman M, Burke H. The health profile and chronic diseases comorbidities of US-bound Iraqi refugees screened by the International Organization for Migration in Jordan: 2007–2009. *J Immigr Minor Health* 2013; 15:1-9.
- [17] Wang JS, Allen EA, Enarson DA, Grzybowski S. Tuberculosis in recent Asian immigrants to British Columbia, Canada: 1982–1985. *Tubercle* 1991; 72:277-83.
- [18] Malone JL, Paparello SF, Malone JD, et al. Drug susceptibility of *Mycobacterium tuberculosis* isolates from recent Haitian migrants: correlation with clinical response. *Clin Infect Dis* 1994; 19: 938–40

- [19] Bollini P, Pampallona S, O'Rourke T, et al. Outcome of second-line tuberculosis treatment in migrants from Vietnam: international organization for migration (IOM) tuberculosis working group. *Trop Med Int Health* 1998; 3: 975–80.
- [20] Maloney SA, Fielding KL, Laserson KF, et al. Assessing the performance of overseas tuberculosis screening programs: a study among US-bound immigrants in Vietnam. *Arch Intern Med* 2006; 166:234-40.
- [21] Plant AJ, Watkins RE, Motus N, et al. Results of tuberculosis screening in applicants for migration in Vietnam and Cambodia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9:157-63.
- [22] Mor Z, Leventhal A, Weiler-Ravell D, Peled N, Lerman Y. Chest radiography validity in screening pulmonary tuberculosis in immigrants from a high-burden country. *Respir Care* 2012; 57:1137-44.
- [23] DGS- Groupe de travail « tuberculose et migrants ». Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France : p 19.
- [24] Sylvie RM. Etude de l'adéquation du dépistage lors de la visite sanitaire de frontière des problèmes de santé chez les patients requérants d'asile. Thèse de médecine 2009 ; p: 52.
- [25] Sharma S, Carballo M, Feld Jordan J, Janssen Harry LA. Immigration and viral hepatitis. *Journal of Hepatology* 2015; 63:515-22.
- [26] Bollini P, Wanner P. Santé reproductive des collectivités migrantes. Projet SFM (Swiss forum for migration and population studies): 12-28.
- [27] Austin J, Guy S, Lee-Jones L, McGinn T, Schlecht J. Reproductive Health: A Right for Refugees and Internally Displaced Persons. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31):10-21.

- [28] Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M. Migration and health in the European Union. 2011: 3-13.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf
- [29] DesMeules M, Gold J, McDermott S, Cao Z, Payne J, Lafrance B, Vissandjée B, Kliwer E, Mao Y. Disparities in mortality patterns among Canadian immigrants and refugees, 1980-1998: results of a national cohort study. *J Immigr Health*. 2005; 7(4):221-32.
- [30] Eziefula CA, Sa M, Brown M. The health of recent migrants from resource-poor countries. *Medicine* 2014; 42 (2): 112-7.
- [31] Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 7^{ème} édition. La surveillance et le dépistage dans certaines populations à haut risque. Publication 2014 ; p : 27.
- [32] Kevin Pottie MD MCIsc, Christina Greenaway MD MSc, Ghayda Hassan PhD, Charles Hui MD, Laurence J. Kirmayer MD. Caring for a newly arrived Syrian refugee family. *CMAJ (Canadian Medical Association Journal) Practice* 2016; 188(3): 207-11.
- [33] Gétaz L, Chappuis F, Lozano Becerra J.C, Wolff H, Albajar-Vinas P. Maladies tropicales persistantes chez les migrants. *Revue Med Suisse* 2014 ; p: 827-32.
- [34] Lionet L. Elaboration d'outils sur les hépatites virales à destination de migrants non francophones : Le défi de créer ensemble. Mémoire 2013 ; p : 61.
- [35] ICID (International Centre for Infectious Diseases). La saison de la grippe et les personnes les plus vulnérables. Guide ; p: 3-21.
- [36] Boggild AK1, Libman M, Greenaway C, McCarthy AE, au nom du Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV). Déclaration sur la strongyloïdose disséminée : lignes directrices en matière de prévention, d'évaluation et de prise en charge du CCMTMV. Déclaration du comité consultatif 2016 ; 42(1) :14-22.

- [37] Reditt VJ, Janakiram P, Graziano D, Rashid M. Etat de santé des nouveaux réfugiés à Toronto, en Ontario. *Canadian Family Physician* 2015 ; 61(7) : e331-e337.
- [38] UNHCR. Contrôle du paludisme. <http://www.unhcr.fr/>
- [39] Shultz A, Omollo JO, Burke H, Qassim M, Ochieng JB, Weinberg M, Feikin DR, Breiman RF. Cholera outbreak in Kenyan refugee camp: risk factors for illness and importance of sanitation. *Am J Trop Med Hyg* 2009; 80(4): 640-5.
- [40] MSF (Médecins Sans Frontières). Une épidémie de cholera frappe les réfugiés Burundais en Tanzanie. 2015. <http://www.msf-azg.be/>
- [41] Carlson EB, Rosser-Hogan R. Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1548–51.
- [42] Dongier P, Kiolet M, Ledoux I. La santé mentale des immigrants. *Le médecin du Québec* 2007 ; 42(7) : 33-8.
- [43] Ali J. La santé mentale des Immigrants au Canada. Supplément aux Rapports sur la santé, volume 13, 2002. Statistique Canada, n°82-003 au catalogue : 113-25
- [44] OFSP (Office Fédéral de la Santé Publique). Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones. Rapport 2014 ; p: 10-45.
- [45] Gentillini M et al. *Médecine tropicale* 6^{ème} édition 2012 ; p : 1033-4.
- [46] Pérez CE. Etat de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. Supplément aux rapports sur la santé, volume 13, 2002, Statistique Canada, n°82-003 au catalogue.
- [47] Bodenmanna P, Ninaneb F, Pahud-Vermeulena B, Elodie Dorya, Monnatc M, Cornuz BJ, Masserey E. Afflux des migrants. *Bulletin des médecins suisses* 2015 : 1881-3

- [48] Moren A, Rigal J. Population réfugiées: Priorités sanitaires et conduits à tenir. Cahiers santé 1992; 2:13-21.
- [49] Médecins sans frontières. Refugee Health An approach to emergency situations. Document MSF; p: 42-101
- [50] UNHCR. Stratégie Programme pour l'Accès sur aux comestibles et à l'énergie (SAFE). Une stratégie du HCR pour le TCHAD 2015-2018. Résumé du document de la stratégie SAFE. 2015 : 1-14
- [51] UNHCR. Environnement. www.unhcr.fr
- [52] Médecins Sans frontières. Listes des kits de matériels disponibles. Document MSF
- [53] OMS Genève. Nouveau Kit Sanitaire d'Urgence 98. Document
- [54] UNHCR. Médicaments et fournitures médicales Politique et principes directeurs du HCR 2013 : 1-32. www.unhcr.org
- [55] Houston S. Care of refugees and recent immigrants from low-income countries. MEDICINE 2005; 33(7):11-3.
- [56] Vázquez ML, Terraza-Núñez R, S-Hernández S, Vargas I, Bosch L, González A, et al. Are migrants health policies aimed at improving access to quality healthcare? An analysis of Spanish policies. Health Policy 2013; 113:236-46
- [57] Wang JS, Allen EA, Enarson DA Grzybowski S. Tuberculosis in recent Asian immigrants to British Columbia, Canada: 1982-1985. Tubercle 1991; 72: 277-83.
- [58] Cattacin S, Chimenti M, Cuadra B. Difference sensitivity in the field of migration and health. Geneva: National policies compared. 2007.

[59] Gehring K, Schwappach D. La sécurité des patients en pharmacie. Rapport, 2012 : p27.

[60] Ordre national des pharmaciens. Humanitaire: les pharmaciens s'engagent. Journal 2012; p: 7-9.

[61] <http://www.aspts.psf.ch/>

[62] International Centre for Migration and Health. Le processus d'insertion sociale des migrants, réfugiés et requérants d'asile dans le contexte de l'accès aux services sociaux et sanitaires et de leur utilisation. Synthèse et recommandations.



Serment de Galien

Je jure en présence des maîtres de cette faculté :

- *D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- *D'exercer ma profession avec conscience, dans l'intérêt de la santé public, sans jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.*
- *D'être fidèle dans l'exercice de la pharmacie à la législation en vigueur, aux règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- *De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession, de ne jamais consentir à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois méprisé de mes confrères si je manquais à mes engagements.*

جامعة محمد الخامس
كلية الطب والصيدلة
- الرباط -

قسم الصيدلي

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

أحسب بالشر العظيم

- ◀ أن أراقب الله في مهنتي
- ◀ أن أبجل أساتذتي الذين تعلمت على أيديهم مبادئ مهنتي وأعترف لهم بالجميل وأبقى دوما وفيا لتعاليمهم.
- ◀ أن أزاول مهنتي بوازع من ضميري لما فيه صالح الصحة العمومية، وأن لا أقصر أبدا في مسؤوليتي وواجباتي تجاه المريض وكرامته الإنسانية.
- ◀ أن ألتزم أثناء ممارستي للصيدلة بالقوانين المعمول بها وبأدب السلوك والشرف، وكذا بالاستقامة والترفع.
- ◀ أن لا أفشي الأسرار التي قد تعهد إلى أو التي قد أطلع عليها أثناء القيام بمهامي، وأن لا أوافق على استعمال معلوماتي لإفساد الأخلاق أو تشجيع الأعمال الإجرامية.
- ◀ لأحصى بتقدير الناس إن أنا تقيدت بعهودي، أو أحتقر من طرف زملائي إن أنا لم أف بالتزاماتي.

"والله على ما أقول شهيد"

جامعة محمد الخامس - الرباط

كلية الطب و الصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 34

سنة: 2016

المشاكل و الاحتياجات الصحية للمهاجرين واللاجئين

أطروحة قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرفه

الآنسة: بنسليمان ملك

المزداة في 9 دجنبر 1991 بموسكو

لنيل شهادة الدكتوراه في الصيدلة

الكلمات الأساسية: المهاجرون اللاجئون، المشاكل الصحية، الاحتياجات الصحية

تحت اشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: ميمون زهدي

أستاذ في علم الأحياء الدقيقة

مشرف

السيد: ياسين سخسوخ

أستاذ في علم الأحياء الدقيقة

أعضاء

السيدة: مريم شادلي

أستاذة في علم الأحياء الدقيقة

السيدة: سكينه الحمزاوي

أستاذة في علم الأحياء الدقيقة

السيدة: سعيدة طلال

أستاذة في الكيمياء الحيوية