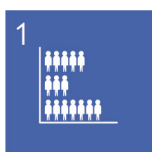
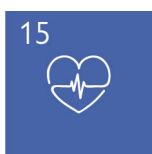


20.



DONNÉES

FACTEURS DE
VULNÉRABILITÉ

SERVICES DE BASE

Gestion de l'information sanitaire dans le contexte de la migration forcée en Europe

Dominik Zenner,¹ Kolitha Prabash Wickramage,²
Kayvan Bozorgmehr,³ Alberto Matteelli,⁴
Valentina Marchese,⁴ Ines Campos-Matos,⁵
Mariam Abdelkerim Spijkerman⁶

Résumé : Le présent chapitre fournit une vue d'ensemble des données sur la santé des migrants le long de la route de la Méditerranée centrale en adoptant une approche fondée sur les cas. Il décrit comment les données sont actuellement recueillies et quels sont les points forts et les points faibles de ces systèmes d'information sanitaire. Des exemples en Libye, en Italie, en Allemagne et au Royaume-Uni ainsi qu'un système transnational de dossiers de santé électroniques illustrent la diversité des dispositifs en place. Les systèmes d'information sanitaire actuels qui rendent compte de la santé des migrants sont très hétérogènes, rarement harmonisés et parfois limités dans le temps. En conséquence, les informations sur la santé des migrants sont maigres. Un meilleur enregistrement des informations pertinentes pour la migration dans les systèmes ordinaires, l'accès des migrants aux soins courants et la collecte de leurs données ainsi que l'harmonisation des variables et des systèmes sont nécessaires pour éclairer les politiques de santé publique et la fourniture de soins de santé.

20.1. Introduction – Le défi de l'information sanitaire dans le contexte migratoire

Une bonne information sanitaire basée sur la population et sur les services est un fondement des pratiques de santé publique. Elle sous-tend des politiques éclairées par des éléments factuels et la fourniture de services de qualité. Dans le champ de la migration, le besoin de données de qualité, d'indicateurs clairs et mesurables et d'informations exactes a été reconnu dans de nombreux documents stratégiques internationaux, dont le plan d'action pour la Région européenne de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2016) et le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières (Assemblée générale des Nations Unies, 2018). Des données de

¹ Centre for Global Public Health, Institute of Population Health Sciences, Université Queen Mary.

² Division Migration et santé de l'OIM, Manille.

³ School of Public Health, Université de Bielefeld.

⁴ Institut des maladies infectieuses et tropicales, Université de Brescia.

⁵ Health Improvement Directorate, Public Health England.

⁶ OIM Maroc.

qualité sur la santé des migrants sont également nécessaires pour suivre les avancées des objectifs de développement durable, en particulier l'objectif 3, visant à permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous, et la cible 10.7 (Nations Unies, s.d. ; Ghebreyesus et al., 2018).

Néanmoins, plusieurs facteurs peuvent rendre la collecte, la compilation, l'analyse et la communication systématiques de données sur la santé des migrants particulièrement difficiles, notamment dans le contexte de la migration forcée. Parmi ces facteurs, on peut citer les obstacles à l'accès aux services de santé généraux (ce qui empêche tout enregistrement) ; les préoccupations des fournisseurs relatives à la gouvernance en matière d'information (ce qui empêche leur communication, par exemple, par crainte que les informations ne soient utilisées à des fins autres que sanitaires) ; ou le fait que différentes organisations puissent intervenir dans les soins et la collecte de données dans le contexte de la migration forcée (obstacle à l'harmonisation). Ces facteurs sont plus prononcés pour les personnes qui jouissent d'un statut d'installation peu sûr, mais concernent tous les types de migrants.

En conséquence de ces obstacles, détaillés ci-après, et malgré les multiples efforts visant à harmoniser les définitions, les variables ou les formats, les systèmes actuels de gestion de l'information sanitaire relative à ces populations sont souvent dissemblables et hétérogènes. Cela signifie que souvent, les informations sur l'état de santé, les déterminants de la santé ainsi que l'accès aux soins de santé et leurs coûts ne sont pas faciles à obtenir pour ces populations et peuvent être contradictoires. Ces lacunes d'information peuvent mener à des hypothèses incorrectes, voire à des idées fausses sur le besoin et la demande de soins de santé chez les migrants, ce qui risque de se traduire par une mauvaise préparation, une planification et une fourniture insuffisantes des soins de santé et l'impossibilité d'éclairer de façon adéquate le débat public. Cela vaut en particulier en cas de changements soudains de la population ou des besoins de santé.

Le présent chapitre s'inscrit dans le contexte de la route de la Méditerranée centrale, l'un des principaux itinéraires des flux migratoires mixtes à destination de l'Europe. Entre 2014 et mi-2019, on estime qu'un peu plus de deux millions de migrants sont arrivés via la Méditerranée, dont 82 872 arrivées rien qu'en 2019 (HCR, 2018). La vaste majorité d'entre eux sont arrivés par voie maritime et, au total, presque un tiers d'entre eux par la route de la Méditerranée centrale, qui relie l'Afrique du Nord à l'Italie (648 117). Cet itinéraire est l'un des plus dangereux, avec environ 4 100 décès en 2017-2018, ce qui représente presque 77 % du nombre total de décès en Méditerranée.

L'environnement actuel permettant d'enregistrer les informations sanitaires individuelles des migrants et les informations basées sur la population relatives à la santé dans le contexte migratoire est extrêmement hétérogène, en particulier dans le cadre des migrations le long de la route de la Méditerranée centrale, de sorte qu'il est difficile de dresser un tableau exhaustif des systèmes d'information sanitaire ou de la situation sanitaire des migrants mêmes. En conséquence, le présent chapitre s'appuie sur des études de cas pour a) présenter les initiatives de collecte de données sur l'accès des migrants aux soins de santé et sur leur état de santé, b) décrire les obstacles pratiques et éthiques que rencontrent ces initiatives, et c) synthétiser des résultats généraux concernant l'état de santé.

La plupart des systèmes d'information sanitaire sont des systèmes indépendants, bien que des efforts considérables aient été déployés en vue d'harmoniser la gestion de l'information sanitaire et d'améliorer l'interopérabilité entre les systèmes au sein de l'Union européenne (Commission européenne, 2015). Le présent chapitre n'a pas pour objet de promouvoir une approche particulière ou de préconiser un système d'information sanitaire universel, mais vise à améliorer la compréhension des systèmes d'information sanitaire existants en vue de promouvoir une meilleure harmonisation et un échange de données plus efficient entre les fournisseurs, ainsi qu'une exploitation analytique plus efficiente des données tout en préservant, voire en renforçant la sécurité des données individuelles.

20.2. Vue d'ensemble des sources de données

Les figures 20.1 et 20.2 présentent les principales sources de données disponibles. De manière générale, on distingue les sources ordinaires, telles que les dossiers de santé en milieu hospitalier, et les systèmes de collecte de données spécifiques, souvent mis en place à des fins opérationnelles précises ou, parfois, à des fins de recherche. Chacune de ces sources possède ses points forts et ses limites, souvent liés à la finalité de la collecte ou à la population en question.

Figure 20.1. Sources de données potentielles pouvant être utilisées seules ou par couplage de données en vue fournir un éclairage sur la santé des migrants

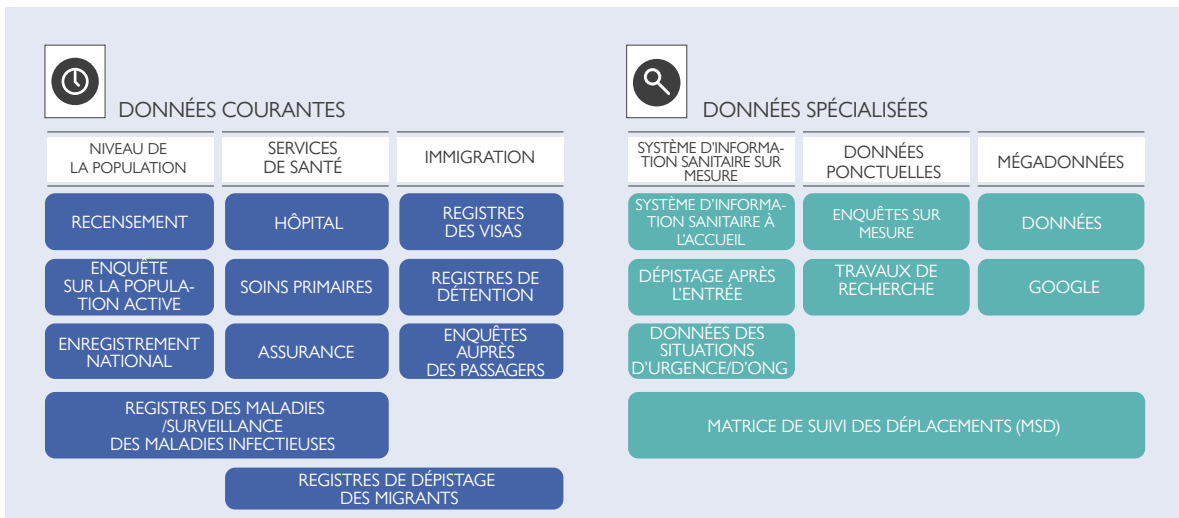


Figure 20.2. Schéma détaillé des sources de données sanitaires



Les données quantitatives sur la santé des migrants qui voyagent le long de la route de la Méditerranée centrale sont souvent recueillies dans le cadre d'évaluations sanitaires menées dans des centres d'accueil ou de détention dans les lieux de transit ou de destination (voir les études de cas 1 et 2). Compte tenu du cadre et du contexte associés à ces centres, les informations saisies dans ces systèmes d'information sanitaire ne sauraient être considérées comme représentatives des migrants le long de cette route (voir l'étude de cas 1). Ces données d'évaluation sanitaire sont souvent recueillies dans le cadre de procédures de dépistage aux frontières et visent à détecter des vulnérabilités ou des maladies pertinentes pour la santé publique, conformément aux directives de l'Union européenne (Commission européenne, 2016).

L'une des solutions les plus viables permettant de garantir des données de qualité sur la santé des migrants consiste à les inclure dans le système de santé général, mais la faisabilité dépend de l'environnement ainsi que du statut des migrants. Cette solution peut ainsi s'avérer peu praticable dans des contextes instables tels que des abris temporaires ou des centres d'accueil, des situations de crise humanitaires ou auprès de migrants au statut temporaire ou non reconnu. Il est donc crucial de comprendre pourquoi cette entreprise peut être difficile et pourquoi les données provenant des systèmes d'information sanitaire généraux ne sont pas systématiquement disponibles ou analysables. Ces questions sont propres à chaque étape du cycle des données : collecte, compilation, analyse et diffusion.

L'enregistrement et la compilation de données courantes reproductibles requièrent des services de soins de santé accessibles et la saisie normalisée des informations relatives aux soins de santé. Un des principaux obstacles à la collecte de données sur les migrants dans les systèmes d'information sanitaire ordinaires susmentionnés est lié à l'accès des migrants aux systèmes de santé généraux dans les pays de transit ou de destination. Ces obstacles peuvent prendre la forme de restrictions de l'admissibilité, ou de l'incapacité à obtenir les informations nécessaires pour accéder aux soins (OIM, 2017). En outre, les programmes de prévention et de lutte contre les maladies qui existent à l'échelle nationale sont parfois limités ou excluent certains groupes de migrants, en particulier ceux qui se trouvent dans des lieux de détention. En Libye, par exemple, la direction des centres de détention refuse régulièrement de renvoyer des cas de tuberculose à d'autres fournisseurs de services médicaux et de transférer les enfants dans des centres de santé afin qu'ils bénéficient de soins tels que des vaccinations (Health Cluster, 2019). De telles mesures entravent purement et simplement l'accès, ou entraînent des consultations avec des fournisseurs non étatiques. Dans les deux cas, les dossiers ne seront pas disponibles dans le système ordinaire.

Les nouveaux arrivants en Europe peuvent dans un premier temps être pris en charge dans des environnements spécialisés – par exemple, des centres d'accueil, comme dans les exemples italien et allemand (études de cas 1 et 3). Ces centres d'accueil peuvent être gérés par les États membres de l'Union européenne ou – notamment dans le cas d'un grand nombre d'arrivées irrégulières, qui peut mettre à l'épreuve ou déborder les capacités d'intervention locales – par des acteurs humanitaires tels que des organisations non gouvernementales (ONG) ou des organismes des Nations Unies. Il arrive que le modèle du centre d'accueil soit utilisé parallèlement au système de soins de santé général, et les acteurs peuvent utiliser des dossiers sur papier ou des systèmes électroniques indépendants, qui sont rarement rattachés aux systèmes d'information sanitaire généraux. Certains organismes humanitaires peuvent préférer recourir à des systèmes d'information sanitaire indépendants et limiter l'échange de données avec les autorités pour des raisons pratiques, humanitaires ou éthiques.

Sur le plan de l'analyse et de la diffusion, les problèmes peuvent être liés à la mauvaise qualité des données résultant des difficultés susmentionnées, à une coordination insuffisante entre les acteurs, en particulier entre les institutions nationales et les autres acteurs, dont les ONG et le milieu universitaire, ou encore à la nature temporaire réelle ou perçue de ces activités de collecte de données ou des possibilités de financement.

Dans le cadre d'une étude systématique récente, de portée essentiellement européenne, sur les dossiers de santé de migrants et de réfugiés, 33 articles pertinents décrivant vingt bases de données différentes dans le monde ont été consultés. Sur ces dernières, au moins treize provenaient partiellement d'Europe (Chiesa *et al.*, 2019). L'étude a identifié un champ extrêmement hétérogène sur le plan du type de collecte de données, de la portée, de la population cible et des variables des systèmes d'information sanitaire, pour la plupart indépendants. Seule une minorité d'entre eux (5 sur 33) pourraient être décrits comme des systèmes de dossiers de santé personnels électroniques, et l'interopérabilité entre les systèmes était limitée. Certains de ces systèmes avaient même cessé d'exister à la date de rédaction de l'étude.

Une autre étude réalisée par le Réseau des bases factuelles en santé de l'OMS (Bozorgmehr *et al.*, 2019) a montré que des données sur la santé des migrants et des réfugiés étaient disponibles dans 25 des 53 États membres de

la Région européenne de l'OMS. L'étude a recensé 696 travaux qui ont exploité des données relatives à la santé dans le contexte migratoire tirées de systèmes d'information sanitaire ordinaires, beaucoup provenant toutefois de systèmes spécialisés de surveillance des maladies (souvent infectieuses) et d'un petit nombre de pays. Les systèmes sont extrêmement hétérogènes et fournissent souvent des éclairages fragmentaires sur la santé des migrants. Les problèmes sont bien connus, et les recommandations en faveur d'un renforcement de la collaboration et de l'harmonisation de la collecte de données ont été formulées (faculté de médecine de l'Université de Pécs et Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2019).

Compte tenu de la complexité des services de santé dans les situations d'arrivée, et du fait que les migrants récemment arrivés sont dans un premier temps pris en charge dans des centres spécifiques, et donc moins susceptibles d'être intégrés dans des systèmes de soins de santé ordinaires, les données sanitaires sont également bien plus rares pour les personnes forcées de migrer. Des situations de soins de santé et d'information sanitaire discontinues peuvent persister pendant des années, ce qui complique grandement la collecte de données courantes.

20.3. Approches actuelles en matière d'information sanitaire le long de la route de la Méditerranée centrale

Comme exposé dans de récentes études systématiques (Chiesa *et al.*, 2019 ; Bozorgmehr *et al.*, 2019), les systèmes d'information sanitaire ordinaires détaillés, systématiques et disponibles qui prennent en compte la santé des migrants ne sont pas courants, et le paysage est dominé par une multitude de systèmes sur mesure indépendants, souvent utilisés de manière ponctuelle (tels que les enquêtes), ou dans le contexte d'évaluations avant ou après l'arrivée. Leur nature et leur portée étant très variables, ils sont présentés ci-après dans le cadre d'une série d'études de cas « sur le terrain ».

Étude de cas 1. Italie – systèmes d'information et dépistage à l'arrivée

En 2018, l'Italie comptait 53 586 demandeurs d'asile, dont 3 676 enfants non accompagnés (soit 59 % de moins qu'en 2017). La même année, une protection internationale a été octroyée à 31 429 personnes : 7 096 se sont vu accorder l'asile (7 %) ; 4 319, une protection subsidiaire (5 %) ; et 20 014, une protection humanitaire (21 %) (Ministère de l'intérieur, Italie, 2018). Le nombre de demandes acceptées pour chacune des formes de protection a décru par rapport à 2017, et devrait continuer à décroître en raison de la baisse du nombre d'arrivées, des changements de population (autres pays d'origine) et des modifications apportées aux dispositions légales à la fin de l'année 2018.

La majorité des personnes qui sollicitent une protection internationale en Italie ont franchi des frontières de manière irrégulière (par voie maritime ou via la route des Balkans), le projet pilote des couloirs humanitaires ayant représenté environ 2 500 arrivées depuis 2015 (HCR, 2019). Ceux qui arrivent par mer font l'objet d'une évaluation sanitaire systématique sur les bateaux lors du débarquement et immédiatement après aux points d'enregistrement – des espaces dans lesquels les migrants sont accueillis et soumis à des procédures de sécurité, et où ils peuvent entamer des démarches en vue de solliciter une protection internationale. Les évaluations sanitaires comprennent une surveillance syndromique visant à identifier les symptômes et les maladies qui posent un problème de santé publique (Napoli *et al.*, 2015). Ces données sont transmises au niveau central et national via une plateforme en ligne depuis les points d'enregistrement et certains centres d'accueil répartis dans le pays, tandis que d'autres dossiers sont également enregistrés au niveau local et des cartes de suivi clinique imprimées sur papier accompagnent les demandeurs d'asile.

Une des principales difficultés de la gestion des données sanitaires réside dans l'établissement d'une identité vérifiable, étant donné que la majorité des demandeurs d'asile n'ont pas de passeport. Bien que des numéros d'identification soient attribués aux migrants lors du débarquement, les modifications de données à caractère personnel peuvent compliquer l'accès aux dossiers de santé antérieurs, ce qui peut aboutir à un bilan de santé incomplet, et éventuellement provoquer des résultats néfastes – par exemple, si d'importantes allergies médicamenteuses n'y figurent pas. Certains systèmes d'information sanitaire indépendants locaux sont utilisés par les organismes qui interviennent au sein des centres, mais le transfert de données est généralement limité à un même fournisseur. Si des projets temporaires ont été menés dans le but d'améliorer la gestion des données sanitaires – par exemple, le projet CARE, qui a pris fin en 2017 (Care for Migrants, s.d.), et le projet E DETECT TB sur la tuberculose (Abubakar *et al.*, 2018) –, ces deux systèmes (respectivement basés sur clé USB et sur application) ne font actuellement l'objet d'aucune mise en œuvre systématique.

Les demandeurs d'asile peuvent demander un accès temporaire au système de santé national italien (au moyen d'un code numérique ou alphanumérique), également accordé aux migrants irréguliers en cas d'urgence médicale ou de pathologies mettant leur vie en danger. Un cloisonnement avec le système d'application des lois en matière d'immigration est assuré par la loi, car les migrants irréguliers, à l'instar des Italiens, peuvent être signalés aux autorités judiciaires uniquement dans le cas de certaines infractions pénales (Ministère de l'intérieur, Italie, 2009). Dans les situations d'urgence, ce code peut être attribué lors du débarquement afin qu'une aide médicale plus poussée que celle proposée aux points d'enregistrement puisse être apportée. À l'issue de leur réinstallation, les migrants font l'objet d'une évaluation médicale visant à déterminer les besoins en matière de santé et l'immunisation, et à dépister la tuberculose latente ou active. Les données sont enregistrées à l'échelle locale. Une fois que le permis de séjour est accordé, les demandeurs d'asile peuvent être intégrés dans le système de santé national de manière régulière, avec un nouveau code alphanumérique permanent. L'inscription doit être périodiquement renouvelée jusqu'à l'obtention d'une protection internationale. Les enfants sont directement intégrés dans le système de santé national.

Le système de santé italien est structuré par région, ce qui permet difficilement de créer un système national unique de collecte de données. Plusieurs initiatives locales ou régionales ont été mises en place dans le but de produire une information sanitaire de meilleure qualité, grâce au travail de plusieurs ONG et de centres médicaux pour les migrants à but non lucratif, en collaboration avec les systèmes de santé locaux à l'échelle des districts ou des régions. Cependant, aucun système national n'a été mis au point à ce jour, et les données sont par conséquent rares, en particulier en ce qui concerne les maladies non transmissibles. Lors de la première arrivée, d'après la surveillance syndromique et les analyses des organismes qui interviennent dans les points d'enregistrement/ports en Sicile, les diagnostics les plus fréquents sont des infections cutanées parasitaires, des syndromes fébriles accompagnés d'éruptions (principalement la varicelle), des infections des voies respiratoires et des troubles d'origine traumatique (Di Meco *et al.*, 2018).

Étude de cas 2. Libye – enquêtes rapides

En 2018, les autorités sanitaires libyennes ont procédé à une rapide évaluation situationnelle de l'état de santé des migrants dans seize centres de détention en Libye en vue de fournir aux migrants détenus des soins de santé essentiels fondés sur des données factuelles. Une enquête a été conduite par une équipe multidisciplinaire composée d'experts médicaux et de chercheurs spécialistes de la santé publique du Ministère libyen de la santé, dans le but d'étudier les états pathologiques et les facteurs – indiqués par les personnes interrogées – qui influent sur le bien-être des détenus ayant vécu au moins six mois dans les lieux de détention.

Étant donné qu'à la date de rédaction, les résultats définitifs de l'enquête n'étaient pas encore disponibles, les données présentées ici sont tirées d'un projet de compte rendu. Au total, 427 détenus ont consenti à participer à l'enquête, dont seulement 37 personnes de sexe féminin. Plus de la moitié des détenus (62,2 %) ont indiqué avoir passé plus d'un an dans les centres de détention. Cent cinquante détenus (35,1 %) ont indiqué avoir subi une forme ou une autre de violence physique telle que des sévices/coups. Deux cinquièmes ont indiqué avoir souffert de diarrhée aiguë dans les six mois précédant l'enquête, et 7 % ont subi une intoxication alimentaire pendant la même période. Un tiers, soit 142 personnes (33 %), présentait des infections cutanées, principalement la gale et/ou la pédiculose ; 14,7 % présentaient des infections respiratoires ; et 3 % ont indiqué avoir subi des morsures de serpent/piqûres de scorpion. 73 détenus (17,1 %) ont indiqué souffrir de maladies chroniques telles que l'hypertension ou le diabète sucré.

Malgré des problèmes liés à la méthodologie et à l'échantillonnage, le compte rendu d'enquête souligne qu'entre autres risques, les voyages et les détentions des migrants peuvent constituer des déterminants essentiels de la maladie et de l'aggravation des maladies. Il est crucial d'apporter en temps voulu des soins de santé respectueux de la dignité aux migrants dans les centres de détention. Les normes générales et les lignes directrices internationales relatives à la santé publique dans les centres de détention doivent être rigoureusement prises en considération, de même que le motif de détention (OIM, 2010 ; Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, 2008). Outre la nécessité d'améliorer les services de soins de santé fournis aux détenus, le compte rendu attire l'attention sur la nécessité de renforcer la surveillance des maladies et les systèmes d'information sanitaire de base afin de mieux observer et identifier les tendances en matière de maladie dans ces environnements.

Étude de cas 3. Allemagne – Système d'information sur la santé des demandeurs d'asile dans le contexte de la migration secondaire

Le système de santé allemand est décentralisé et fragmenté entre différents secteurs de soins (secteurs primaire et tertiaire) et niveaux de gouvernance (niveau local, niveau des États fédérés et niveau national). La situation est encore plus complexe pour les demandeurs d'asile, en particulier au regard de l'accueil, de l'hébergement et des droits à des soins de santé (Bozorgmehr et al., 2018a). Il est indispensable de disposer de données fiables sur la santé et les soins primaires parmi les demandeurs d'asile dans les centres d'accueil pour planifier et fournir à cette population vulnérable des services médicaux adaptés et fondés sur les besoins.

Cela étant, la fourniture de soins de santé dans les centres d'accueil est souvent inégale en raison de l'absence de normes nationales concernant l'infrastructure, les équipements ou la composition du personnel dans ce type d'environnements (Bozorgmehr et al., 2016). Conséquence de la décentralisation et de l'absence de normalisation, les systèmes d'information sanitaire dans les centres d'accueil sont sur papier, improvisés et/ou incompatibles entre les différents centres, y compris au sein d'un même État fédéré. Certains centres utilisent même plusieurs systèmes d'information sanitaire (incompatibles) en fonction des différents fournisseurs de soins sous contrat avec l'autorité de l'État fédéré responsable du centre. Ces facteurs constituent un obstacle de taille au suivi ordinaire de la santé et, bien que le suivi de la santé des migrants réguliers soit relativement satisfaisant, la disponibilité des données est particulièrement inégale pour les demandeurs d'asile (Bozorgmehr et al., 2017). En outre, les droits à des soins de santé sont restreints pour les demandeurs d'asile dans les centres d'accueil en Allemagne, et seuls quelques États fédérés délivrent des cartes de santé électroniques aux demandeurs d'asile récemment arrivés (Bozorgmehr et Razum, 2019). Cela signifie que les données sur la santé des demandeurs d'asile

au cours des 15 à 18 premiers mois, même si elles sont enregistrées par voie électronique, sont rarement accessibles via le système d'information sanitaire du système de santé général. Tous les obstacles susmentionnés s'appliquent à la population qui vit dans ces environnements, et se traduisent par des informations qui ne sont pas enregistrées, pas échangées ou pas harmonisées.

En vue d'améliorer la disponibilité de données actuelles et fiables, un dossier médical électronique (Refugee Care Manager ou RefCare©) a été mis au point par itération en 2016, puis testé et mis en œuvre dans les centres d'accueil allemands avec le soutien financier du Ministère fédéral allemand de la santé (Bozorgmehr *et al.*, 2018b). Dans ce système, la surveillance continue est assurée par une infrastructure informatique sur mesure qui procède à l'enregistrement systématique des soins médicaux dispensés dans les établissements de soins primaires des centres d'accueil, et par un réseau de recherche (PRICARE, disponible à l'adresse www.pri-care) qui fournit un cadre formel aux fins de la surveillance basée sur ces données de dossiers médicaux recueillies de manière systématique.

Au sein de ce réseau, 64 indicateurs de santé et de soins de santé couvrant la morbidité, les processus de prise en charge, la qualité des soins et la surveillance syndromique ont été définis. Le système repose sur une analyse décentralisée, harmonisée, anonyme et automatisée des données tirées des dossiers médicaux, ce qui permet d'analyser les données sans stockage centralisé des données à caractère personnel (Nöst *et al.*, 2019). En novembre 2019, le réseau couvrait 21 centres d'accueil dans trois États fédérés, avec plus de 30 000 patients et de 120 000 consultations. L'approche adoptée en matière de surveillance permet de calculer la prévalence dans chaque centre de 29 indicateurs de morbidité basés sur des données au niveau individuel, et des estimations globales dans les centres stratifiées par âge et par sexe. Les premières données montrent que les morbidités présentant la plus forte prévalence correspondaient à des maladies respiratoires, digestives et infectieuses, devant les traumatismes, les accidents, les troubles musculosquelettiques et les problèmes de santé mentale. Par ailleurs, le système permet de procéder à un échange électronique crypté des documents et dossiers des patients entre les centres d'accueil (avec le consentement éclairé du patient) afin d'assurer la continuité des soins et des traitements médicaux après un transfert.

L'expérience montre que le système aide les professionnels à gérer leurs données cliniques et à fournir des soins aux demandeurs d'asile dans des contextes précaires caractérisés par des contacts répétés et une évolution dynamique de la population. Cette approche peut éclairer l'élaboration de réseaux similaires dans d'autres pays d'accueil, en particulier lorsque des réglementations strictes en matière de protection des données font obstacle à d'autres systèmes – par exemple des systèmes de surveillance sanitaire en nuage – pour les populations migrantes.

Étude de cas 4. Royaume-Uni – information sanitaire dans le contexte d'arrivées diverses – réinstallation et demandeurs d'asile

En 2019, le Royaume-Uni a octroyé une protection à 20 703 personnes : 12 565 personnes se sont vu accorder l'asile ; 1 241, une protection humanitaire ; 1 285, une autre forme de protection ; et 5 612 une réinstallation au titre de réfugiés (Ministère de l'Intérieur du Royaume-Uni, 2019).

La réinstallation concerne un peu plus d'un quart (27 %) des personnes ayant reçu une protection humanitaire au Royaume-Uni entre 2013 et 2018. La plupart des réfugiés réinstallés au Royaume-Uni ont fui le conflit syrien. Les réfugiés réinstallés font l'objet d'une évaluation sanitaire complète avant leur départ pour le Royaume-Uni. Cette évaluation est réalisée par l'OIM

pour le compte du Ministère de l'intérieur du Royaume-Uni conformément aux orientations convenues entre les deux entités et Public Health England, un organe exécutif du Gouvernement britannique. L'évaluation sanitaire vise à préserver et à favoriser la santé du réfugié et la santé publique en général avant, pendant et après le voyage au Royaume-Uni. Un de ses principaux objectifs est d'appuyer l'intégration au Royaume-Uni en assurant la bonne identification des besoins de santé du réfugié et leur satisfaction à son arrivée sur le sol britannique. Un autre objectif important est de suivre la santé de cette population. Par exemple, l'analyse des taux de maladies infectieuses chez les réfugiés montre que ceux-ci sont fortement corrélés à l'épidémiologie de l'infection dans le pays d'origine (Crawshaw *et al.*, 2018). Un essai récent d'un outil d'évaluation de la santé mentale dans le cadre de l'évaluation sanitaire avant l'entrée a mis en évidence une prévalence relativement faible de problèmes de santé mentale. Compte tenu de la conception de l'essai, il ne s'agissait toutefois pas d'un échantillon représentatif de la population (Ministère de l'intérieur du Royaume-Uni, Public Health England, 2019).

Les personnes qui demandent l'asile ou sollicitent d'autres formes de protection au Royaume-Uni se trouvent dans différentes situations : certaines séjournent dans le pays depuis longtemps, tandis que d'autres viennent d'arriver ; certaines possèdent un visa, tandis que d'autres ont franchi irrégulièrement la frontière ; certaines ont un logement, tandis que d'autres sont démunies. Il n'existe pas d'évaluation systématique de la santé des demandeurs d'asile au Royaume-Uni. Cependant, les personnes démunies qui demandent l'asile peuvent se voir offrir par le Ministère de l'intérieur un hébergement dans un centre de premier hébergement (Initial Accommodation Centre – IAC). Presque toutes les personnes qui arrivent dans un de ces centres bénéficient d'une évaluation sanitaire initiale. Les dossiers y afférents sont conservés localement par l'équipe de soins de santé. Les demandeurs d'asile peuvent changer de centre de premier hébergement, mais le transfert des données sanitaires rencontre des difficultés, car les équipes de soins de santé sont mandatées localement et les systèmes informatiques peuvent varier.

Le Gouvernement britannique dispose de mécanismes qui permettent aux services de santé d'échanger (via NHS Digital) des informations avec les services de l'immigration (le Ministère de l'intérieur) aux fins de l'application des lois en matière d'immigration. Cela a suscité des inquiétudes, notamment parmi les agents de santé, les membres du Parlement et les organisations du secteur tertiaire, qui craignent que les migrants ne sollicitent pas de soins de santé par peur des services de l'immigration. Face à ces préoccupations, le Gouvernement britannique a considérablement réduit les situations dans lesquelles ces données sont communiquées, bien que des échanges aient toujours lieu.

Étude de cas 5. Le dossier de santé personnel électronique de l'OIM

À partir des évaluations locales des besoins et au vu du grand nombre d'arrivées enregistrées en Europe en 2015 et en 2016, un dossier de santé structuré a été mis au point avec le cofinancement de la Commission européenne (DG SANTÉ) en vue de faciliter les évaluations sanitaires des migrants récemment arrivés aux points d'arrivée, y compris dans les centres d'accueil en Europe. Le système a ensuite été développé pour devenir un système intégral de dossiers de santé personnels électroniques hébergé par l'OIM, qui assure l'enregistrement de ces informations et leur échange en toute sécurité entre les fournisseurs de soins de santé des différents centres et même d'un pays à l'autre. Ce dernier point est important étant donné que les migrants peuvent être transférés d'un lieu à l'autre ou peuvent choisir de poursuivre leur voyage. Actuellement, le système est disponible dans les lieux d'accueil de sept pays – la Bulgarie, la Croatie, Chypre, la Grèce, l'Italie, la Serbie et la Slovénie – et son déploiement est prévu dans d'autres sites et pays. Avec le soutien du Gouvernement italien, le dossier de santé personnel électronique a été développé et adapté aux besoins locaux en Sicile (Italie).

Le système présente une interface conviviale, exploite des technologies intelligentes et des menus déroulants faciles d'utilisation aux fins du codage (CIM-10), et réduit les saisies manuelles de données. Il dispose d'un outil d'analyse fonctionnelle en aval, qui permet de visualiser en temps réel les catégories d'état de santé et d'affections couplées à des données démographiques, et affiche un haut degré d'interopérabilité grâce à l'utilisation du format d'échange européen recommandé. Le système possède un outil d'informatique décisionnelle doté d'un tableau de bord, qui permet d'éclairer la fourniture de services de santé, mais aussi de suivre les maladies et les affections et de les signaler conformément au Règlement sanitaire international.

Entre son lancement, en janvier 2017, et juillet 2019, le système a enregistré 19 733 dossiers de 14 440 personnes, dont des dossiers de suivi. Environ la moitié des dossiers proviennent de Grèce, ce qui reflète l'usage du système et le nombre d'arrivées. La majorité des personnes sont jeunes (âge moyen de 27 ans), et près de 78 % sont de sexe masculin. Presque trois quarts des personnes ne présentaient pas de pathologie figurant dans la CIM-10. Les catégories de maladies codées dans la CIM-10 les plus courantes étaient les maladies respiratoires (18,7 %) et les infections courantes (6,6 %), souvent des infections des voies respiratoires. Une maladie mentale a été signalée pour environ 11 % des personnes de cette cohorte. Ces informations brossent le tableau d'une population jeune, majoritairement en bonne santé, qui a été exposée à des conditions néfastes et à la surpopulation dans les lieux d'accueil, et dont une minorité notable a subi des traumatismes psychologiques récents.

Si les données disponibles portent à croire que la majorité des migrants qui empruntent cette route sont souvent jeunes et en bonne santé physique, cette dernière caractéristique varie largement selon l'environnement et nombreuses sont les personnes à avoir été exposées à des risques importants pendant leur voyage, souvent pendant une durée prolongée. Cela augmente le risque de traumatisme psychologique et de maladies caractéristiques des situations de surpopulation, telles que certaines infections comme la gale ou des affections plus graves comme la tuberculose. La corrélation entre de mauvaises conditions de vie et certaines infections est solidement établie (Chang et Fuller, 2018 ; Grange et Flynn, 2018 ; Dhavan *et al.*, 2017).

20.4. Considérations éthiques

Les systèmes d'information sanitaire pour les migrants soulèvent plusieurs considérations éthiques. Dans toute intervention en matière de santé, y compris le stockage et le transfert de données cliniques, il est impératif que le patient reçoive des informations adéquates, concrètes et claires sur ses dossiers et qu'il puisse décider librement si elles doivent être stockées dans le système ou non, transférées à des tiers ou non, et à quelles fins (consentement éclairé). Les dossiers de santé devraient servir les intérêts de la personne, car ils facilitent la communication entre les fournisseurs de soins de santé, favorisant la fourniture de soins de qualité et évitant les risques cliniques qui résultent des lacunes d'informations. Cependant, dans le cas des migrants, les dossiers de santé sont parfois utilisés à des fins d'application de la loi en matière d'immigration, comme en témoigne l'exemple du Royaume-Uni à l'étude de cas 4. Cela peut entraver l'accès aux services de soins de santé, les migrants étant susceptibles de chercher à éviter les services de l'immigration. Cela peut également poser des dilemmes moraux épineux aux praticiens des soins de santé en première ligne, qui souhaitent instaurer une relation de confiance avec leurs patients et veiller à ce qu'ils bénéficient des meilleurs soins possible, sans pour autant enfreindre la loi (en ne signalant pas activement des patients aux organes responsables de l'application des lois et en n'enregistrant pas certaines données dans les dossiers cliniques). En conséquence, des organisations et des États membres de l'Union européenne ont défendu et mis en œuvre un « pare-feu » (PICUM, s.d.) : un cloisonnement entre l'application des lois sur l'immigration et la fourniture de services essentiels, qui permet aux migrants d'accéder sans crainte à ces services.

Une considération importante à cet égard est l'équilibre entre la sécurité des données en tant que droit individuel et les besoins d'une société en matière de sécurité, certains pouvant faire valoir qu'il pourrait être acceptable d'exploiter les données à des fins d'application de la loi dans des situations extrêmes, telles que la prévention de l'activité terroriste. Inversement, il a été avancé que les processus de protection des données créent des obstacles à une action rapide dans les contextes humanitaires, et peuvent même nuire. Les principes applicables à la protection des données du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) visent à concilier de solides principes en matière de protection des données et une certaine souplesse dans des situations données (HCR, 2015). Une étude récente a établi les bénéfices importants et manifestes des dossiers de santé personnels électroniques pour la santé individuelle et publique, mais a soulevé des points essentiels en ce qui concerne les restrictions du type d'informations qu'il convient de stocker et des personnes qui y ont accès afin de prévenir tout usage abusif de ces informations (Feeney *et al.*, 2019).

Les données tirées des systèmes d'information sanitaire sont souvent utilisées, à l'échelle de la population, pour planifier les services et éclairer les politiques. Cela nécessite de collecter, d'analyser et de diffuser des données, ce qui peut soulever plusieurs problèmes éthiques dans le cas des migrants. Dans les situations humanitaires, en particulier, les données et les informations peuvent constituer une ressource décisive, et la prise de décisions et le financement peuvent dépendre de la disponibilité des données, et de ce qu'elles font apparaître. Cependant, on ne saurait considérer isolément les utilisations positives des données, et dans certains contextes, la disponibilité et l'échange de telles informations peuvent avoir des effets néfastes sur les populations migrantes en exacerbant leur stigmatisation – par exemple, lorsqu'elles font état, de manière sélective, de fortes incidences de maladies infectieuses telles que la tuberculose ou le VIH. Le lien entre les donateurs, les acteurs humanitaires et les systèmes de collecte de données pourraient créer des conflits d'intérêts et soulever des problèmes éthiques.

Un certain nombre de systèmes d'information sanitaire visent principalement ou exclusivement à appuyer les efforts d'évaluation sanitaire aux frontières déployés par les États membres, qui portent souvent sur les maladies infectieuses. De tels dépistages, communément réalisés pour des raisons de sécurité sanitaire (par exemple, pour éviter l'importation ou la transmission de maladies infectieuses), peuvent profiter au bénéficiaire, qui reçoit rapidement un diagnostic et un traitement. Nombre de ces activités n'étant toutefois pas pleinement volontaires – elles sont parfois obligatoires, parfois liées à des avantages ou tout au moins perçues comme telles –, ces systèmes peuvent poser des dilemmes moraux (Beeres *et al.*, 2018), d'autant plus si les fournisseurs assument une responsabilité mixte ou double (à l'égard du patient et de l'État membre). Il est parfois difficile de déterminer si, et dans quelle mesure, ces dépistages profitent aux individus, et en quoi les résultats (ou le refus de dépistage) peuvent avoir une influence sur leur statut migratoire. Ce manque de clarté fait obstacle à toute idée de consentement éclairé (Pacheco *et al.*, 2016).

20.5. Voie à suivre

Les études de cas montrent que, si des données sur la santé dans le contexte migratoire sont recueillies en de nombreux endroits, d'importantes différences existent quant à l'objet et aux modalités de la collecte, et à l'utilisation. Il y a beaucoup à faire pour harmoniser les processus de collecte et les variables, et pour optimiser l'utilisation des données (Santo Tomas *et al.*, 2009). Le Center for Global Development a formulé cinq mesures à prendre pour améliorer la collecte de données. Bien qu'elles soient d'ordre général, elles sont parfaitement applicables aux données sur la santé des migrants le long de la route de la Méditerranée centrale. Ces mesures, adaptées aux données sur la santé dans le contexte migratoire, seraient les suivantes :

- a) Introduire des variables de base telles que le pays de naissance ou la nationalité et le statut de résident dans les ensembles de données courantes ;
- b) Maximiser l'utilisation de ces données courantes, tout en ayant conscience des limites qu'elles présentent ;
- c) Recueillir et harmoniser les données entre les pays ;
- d) Diffuser largement les données agrégées ; et
- e) Encourager l'inclusion de questions types concrètes relatives à la migration dans les enquêtes auprès des ménages et de la population.

En outre, et pour les groupes de migrants en situation de vulnérabilité, il sera essentiel d'améliorer la coordination des soins, en particulier à l'arrivée, et des informations relatives aux soins – au moyen de systèmes tels que le dossier de santé personnel électronique de l'OIM – pour remédier à l'hétérogénéité actuelle des systèmes.

20.6. Conclusions

Le présent chapitre fournit un aperçu de certains des systèmes existants de collecte de données sur la santé des migrants et de leurs résultats. Ces dossiers de santé font apparaître une population jeune, majoritairement masculine et globalement en bonne santé, qui présente une distribution peu fréquente mais attendue des maladies (Aldridge *et al.*, 2018). D'après les travaux publiés (Kien *et al.*, 2019), on observe dans certains contextes un taux plus élevé de troubles mentaux courants tels que le stress post-traumatique, la dépression et l'anxiété. La prévalence peut augmenter dans des circonstances aggravantes telles que la détention (von Werthern *et al.*, 2018) et peut visiblement être liée à des traumatismes antérieurs ou à des situations actuelles d'incertitude. Dans des contextes donnés, on observe également une prévalence accrue de maladies infectieuses spécifiques, dont certaines, comme précédemment décrit, pourraient être liées à l'hébergement de masse, aux campements et à la surpopulation.

Le présent chapitre montre également que les données sur la santé des réfugiés et des migrants récemment arrivés en Europe sont très hétérogènes et que les sources ne sont pour la plupart pas couplées, ce qui permet difficilement de brosser un tableau complet et extrapolable dans ce domaine. Une approche plus coordonnée des systèmes d'information sanitaire relatifs aux migrants, l'inventaire et l'harmonisation des variables et des définitions, ainsi que des méthodes de comparaison fiables, y compris des systèmes d'information sanitaire ordinaires, sont nécessaires. Des difficultés majeures subsistent, compte tenu du contexte dans lequel se déroule actuellement la collecte de données sur la santé de ces populations.

Étant donné que les systèmes d'information sanitaire sont généralement associés à des soins de santé, la disparité des premiers peut s'expliquer par la disparité des seconds. L'accès aux soins peut dépendre du statut juridique, et les données sur certains des migrants les plus vulnérables, y compris ceux qui ne jouissent pas d'un statut légal, peuvent être rares car ils sont susceptibles de ne pas accéder aux soins ou d'y accéder à la faveur de systèmes parallèles – par exemple, par l'intermédiaire d'ONG (Médecins du Monde, 2019). De nombreux systèmes de collecte de données à l'arrivée sont conçus pour enregistrer les données des évaluations sanitaires et peuvent présenter une portée limitée dans les domaines d'intérêt en matière de maladies. Enfin, la mobilité peut également perturber la bonne collecte de données : les migrants peuvent se déplacer ou être déplacés, ou changer de statut (par exemple, se retrouver en situation irrégulière). Bien que des progrès aient été accomplis en vue d'atténuer ces aspects, certaines cohortes de migrants et certaines maladies (telles que les maladies chroniques) risquent de ne pas être prises en compte.

Des efforts ont récemment été déployés en vue d'améliorer la collecte, la compilation, l'analyse et la diffusion de données sur la santé des migrants. Parmi ces derniers, on peut citer les initiatives qui visent à mettre en place des systèmes de suivi (OMS, 2016) et à parvenir à un consensus sur la collecte et l'harmonisation des variables (faculté de médecine de l'Université de Pécs et Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2019), ainsi que des ateliers de formations destinés aux États membres de l'Union européenne. Si ces initiatives vont dans le bon sens, il reste encore beaucoup à faire pour remédier à la grave pénurie de ces données importantes.

La collecte et la communication de données sur la santé des migrants s'accompagnent d'importantes implications éthiques, notamment en ce qui concerne le droit individuel à la vie privée (article 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques) et la conciliation avec les questions de sécurité. De nouveaux systèmes ou des systèmes harmonisés pourraient constituer des outils efficaces permettant de rendre compte de la santé dans le contexte migratoire et de la santé des migrants avec plus de précision. Compte tenu des risques importants en matière de protection, la mise en œuvre doit faire l'objet d'un suivi rigoureux garantissant que toutes les données sont anonymisées et échangées en toute sécurité entre les différentes entités. La question de l'interopérabilité entre les bases de données nationales et régionales qui renferment des informations sur les migrants est un autre levier majeur des efforts en faveur de meilleurs systèmes d'information.

- Abubakar, I., A. Matteelli, G. de Vries, D. Zenner, D. M. Cirillo, K. Lönnroth, G. Popescu, L. Barcellini, A. Story et G. Migliori
2018 Towards tackling tuberculosis in vulnerable groups in the European Union: the E DETECT TB consortium. *European Respiratory Journal*, mai, vol. 51, no 5, 1702604.
- Aldridge, R. W., L. B. Nellums, S. Bartlett, A. L. Barr, P. Patel, R. Burns, S. Hargreaves, J. Miranda, S. Tollman, J. S. Friedland et I. Abubakar
2018 Global patterns of mortality in international migrants: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 15 décembre, vol. 392, n° 10164, pp. 2553-2566.
- Assemblée générale des Nations Unies
2018 *Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières*. Disponible à l'adresse www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/195&Lang=F (page consultée le 26 mai 2020).
- Beeres, D.T., D. Cornish, M. Vonk, S.J. Ravensbergen, E.L.M. Maeckelberghe, P. Boele Van Hensbroek et Y. Stienstra
2018 Screening for infectious diseases of asylum seekers upon arrival: the necessity of the moral principle of reciprocity. *BMC Medical Ethics*, 2 mars, vol. 19, n° 1, p. 16.
- Bozorgmehr, K., L. Biddle, S. Rohleder, S. Puthooparambil et R. Jahn
2019 *What is the evidence on availability and integration of refugee and migrant health data in health information systems in the WHO European Region?* Organisation mondiale de la Santé. Disponible à l'adresse www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2019/what-is-the-evidence-on-availability-and-integration-of-refugee-and-migrant-health-data-in-health-information-systems-in-the-who-european-region-2019 (page consultée le 27 mai 2020).
- Bozorgmehr, K., S. Goosen, A. Mohsenpour, A. Kuehne, O. Razum et A. E. Kunst
2017 How Do Countries' Health Information Systems Perform in Assessing Asylum Seekers' Health Situation? Developing a Health Information Assessment Tool on Asylum Seekers (HIATUS) and Piloting It in Two European Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 14, n° 8, p. 894. Disponible à l'adresse www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5580598/ (page consultée le 27 mai 2020).

Bozorgmehr, K., O. Razum et S. Noest

- 2018a Germany: optimizing service provision to asylum seekers. In : *Compendium of health system responses to large-scale migration in the WHO European Region* (Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe, Copenhague), pp. 48-56.

Bozorgmehr, K., R. Jahn et S. Noest

- 2018b 3.11-P11, Health and primary care surveillance among asylum seekers in reception centres in Germany: concept, instruments and feasibility. *European Journal of Public Health*, vol. 28, n° suppl. 1. Disponible à l'adresse https://academic.oup.com/eurpub/article/28/suppl_1/cky048.133/4973456 (page consultée le 27 mai 2020).

Bozorgmehr, K., S. Nöst, H. M. Thaiss et O. Razum

- 2016 Health care provisions for asylum-seekers : A nationwide survey of public health authorities in Germany (en allemand). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, mai, vol. 59, n° 5, pp. 545-555.

Bozorgmehr, K. et O. Razum

- 2019 Negotiating access to health care for asylum seekers in Germany. In : *Health diplomacy: spotlight on refugees and migrants* (sous la direction de S. Severoni, M. Kosinska, P. Immordino, M. Kökény et M. Told). Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, pp. 163-170.

Care for Migrants

- s.d. Monitoring of migrant's and refugee's health status. Disponible à l'adresse <http://careformigrants.eu/monitor-of-migrants-refugees-health-status/> (page consultée le 27 mai 2020).

Chang, A. Y. et L. C. Fuller

- 2018 Scabies – An Ancient Disease With Unanswered Questions in Modern Times. *JAMA Dermatology*, 1^{er} septembre, vol. 154, no 9, pp. 999-1000.

Chiesa V., A. Chiarenza, D. Mosca et B. Rechel

- 2019 Health records for migrants and refugees: A systematic review. *Health Policy*, 1^{er} septembre, vol. 123, n° 9, pp. 888-900.

Commission européenne

- 2015 *Stratégie pour un marché unique numérique en Europe*. EUR-Lex - 52015DC0192 - FR - EUR-Lex. Disponible à l'adresse <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?qid=1447773803386&uri=CELEX:52015DC0192> (page consultée le 27 mai 2020).

- 2016 Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données). *Journal officiel de l'Union européenne*, 4 mai. Disponible à l'adresse <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj/fra> (page consultée le 27 mai 2020).

Conseil des droits de l'homme des Nations Unies

- 2008 *Promotion et protection de tous les droits de l'homme, civils, politiques, économiques, sociaux et culturels, y compris le droit au développement. Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Manfred Nowak. A/HRC/7/3*, janvier. Disponible à l'adresse www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47c2c56a2 (page consultée le 27 mai 2020).

Crawshaw, A. F., M. Pareek, J. Were, S. Schillinger, O. Gorbacheva, K. P. Wickramage, S. Mandal, V. Delpech, N. Gill, H. Kirkbride et D. Zenner

2018 Infectious disease testing of UK-bound refugees: a population-based, cross-sectional study. *BMC Medicine*, 28 août, vol. 16, n° 1, p. 143.

Dhavan, P., H. M. Dias, J. Creswell et D. Weil

2017 An overview of tuberculosis and migration. Disponible à l'adresse www.ingentaconnect.com/content/iatd/ijtld/2017/00000021/00000006/art00005%3bjsessionid=1lhxn7fwqp2qc.x-ic-live-03 (page consultée le 27 mai 2020).

Di Meco, E., A. Di Napoli, L. M. Amato, A. Fortino, G. Costanzo, A. Rossi, C. Mirisola, A. Petrelli et INMP Team

2018 Infectious and dermatological diseases among arriving migrants on the Italian coasts. *European Journal of Public Health*, vol. 28, n° 5, pp. 910-916.

Faculté de médecine de l'Université de Pécs et Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour l'Europe

2019 *Conference statement on improving health information systems for migration health*. Disponible à l'adresse www.mighealth-unipecs.hu/education-downloads/send/89-final-document/206-outcome-document (page consultée le 4 juin 2020).

Feeney, O., G. Werner-Felmayer, H. Siipi, M. Frischhut, S. Zullo, U. Barteczko, L. Øystein Ursin, S. Linn, H. Felzmann, D. Krajnović, J. Saunders et V. Rakić

2019 European Electronic Personal Health Records initiatives and vulnerable migrants: A need for greater ethical, legal and social safeguards. *Developing World Bioethics*, 1er août.

Ghebreyesus, T. A., H. Fore, Y. Birtanov et Z. Jakab

2018 Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals. *The Lancet*, 20 octobre, vol. 392, n° 10156, pp. 1371-1372.

Grange, M. et M. Flynn

2018 *Immigration Detention in Libya: A Human Rights Crisis*. Disponible à l'adresse www.globaldetentionproject.org/immigration-detention-in-libya-a-human-rights-crisis (page consultée le 27 mai 2020).

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR)

2015 *Politique relative à la protection des données des personnes relevant de la compétence du HCR*. Disponible à l'adresse www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=5bf7c99c4 (page consultée le 27 mai 2020).

2018 Aperçu statistique. Genève. Disponible à l'adresse www.unhcr.org/fr/aperçu-statistique.html (page consultée le 27 mai 2020).

2019 Un programme offre aux réfugiés une voie d'accès sûre et vitale vers l'Italie. Disponible à l'adresse www.unhcr.org/fr/news/stories/2019/9/5d80f581a/programme-offre-refugies-voie-dacces-s-re-vitale-vers-litalie.html (page consultée le 27 mai 2020).

Health Cluster

2019 *Health Sector Bulletin Libya, September 2019*. Disponible à l'adresse <http://origin.who.int/health-cluster/countries/libya/Lybia-Health-Sector-Bulletin-Sep-2019.pdf>.

Intensive Care National Audit and Care Centre (ICNARC)

s.d. *Report on COVID-19 in critical care*. Disponible à l'adresse www.icnarc.org/Our-Audit/Audits/Cmp/Reports (page consultée le 26 mai 2020).

Kien, C., I. Sommer, A. Faustmann, L. Gibson, M. Schneider, E. Krczal, R. Jank, I. Klerings, M. Szlag, B. Kerschner, P. Brattström et G. Gartlehner

2019 Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, octobre, vol. 28, n° 10, pp. 1295-1310.

Médecins du Monde, University College London

2019 *Left behind: the state of universal health coverage in Europe*. Disponible à l'adresse www.doctorsoftheworld.org.uk/wp-content/uploads/2018/11/DOTW_2019_lowress_alt.pdf.

Ministère de l'intérieur, Italie

2009 *Prot. 780, Circolare 12/09. Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale. Divieto di segnalazione degli stranieri non in regola con le norme sul soggiorno*. Disponible à l'adresse www.asaps.it/downloads/files/n_00780_del%2027_11_2009-Divieto_segналaz_stranieri_irregolari.pdf.

2018 I numeri dell'asilo, Riepilogo 2018. Disponible à l'adresse www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/riepilogo_anno_2018.pdf.

Ministère de l'intérieur du Royaume-Uni

2019 How many people do we grant asylum or protection to? Disponible à l'adresse www.gov.uk/government/publications/immigration-statistics-year-ending-december-2019/how-many-people-do-we-grant-asylum-or-protection-to (page consultée le 27 mai 2020).

Ministère de l'intérieur du Royaume-Uni, Public Health England

2019 *The Global Mental Health Assessment Tool (GMHAT) pilot evaluation: Final report*. 11 avril. Disponible à l'adresse www.gov.uk/government/publications/the-global-mental-health-assessment-tool-gmhat-pilot-evaluation-final-report (page consultée le 27 mai 2020).

Napoli, C., M.G. Dente, T. Kärki, F. Riccardo, P. Rossi et S. Declich

2015 Screening for Infectious Diseases among Newly Arrived Migrants: Experiences and Practices in Non-EU Countries of the Mediterranean Basin and Black Sea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 12, n° 12, pp. 15550-15558.

Nations Unies

s.d. Objectifs de développement durable. Disponible à l'adresse www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/ (page consultée le 26 mai 2020).

Nöst, S., R. Jahn, F. Aluttis, J. Drepper, S. Preussler, M. Qreini, J. Breckenkamp, O. Razum et K. Bozorgmehr

2019 Health and primary care surveillance among asylum seekers in reception centres in Germany: concept, development, and implementation (en allemand). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, juillet, vol. 62, n° 7, pp. 881-892.

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

2016 *Stratégie et plan d'action sur la santé des réfugiés et des migrants dans la Région européenne de l'OMS*. Disponible à l'adresse www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/315847/66wd08f_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf.

Organisation internationale pour les migrations (OIM)

2010 *Guidelines for Border Management and Detention Procedures involving Migrants. A Public Health Perspective*. Genève. Disponible à l'adresse www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/activities/health/Guidelines-Border-Management-and-Detention-Procedures-Public-Health-Perspective.pdf.

2017 *Summary Report on the MIPEX Health Strand and Country Reports*. 17 mai, Genève. Disponible à l'adresse www.un-ilibrary.org/migration/summary-report-on-the-mipex-health-strand-and-country-reports_c58c11aa-en (page consultée le 27 mai 2020).

Pacheco, L. L., R. Jonzon et A.-K. Hurtig

2016 Health Assessment and the Right to Health in Sweden: Asylum Seekers' Perspectives. *PLOS ONE*, 2 septembre, vol. 11, n° 9, e0161842.

PICUM

s.d. The firewall and health. Creating safe spaces, addressing health inequalities. Disponible à l'adresse https://picum.org/wp-content/uploads/2019/07/Firewall_Health_EN.pdf.

Santo Tomas, P. A., L. H. Summers et M. Clemens

2009 Migrants Count: Five Steps Toward Better Migration. Center for Global Development. Disponible à l'adresse www.cgdev.org/publication/migrants-count-five-steps-toward-better-migration-data (page consultée le 27 mai 2020).

Von Werthern, M., K. Robjant, Z. Chui, R. Schon, L. Ottisova, C. Mason et C. Catona

2018 The impact of immigration detention on mental health: a systematic review. *BMC Psychiatry*, décembre, vol. 18, n° 1, p. 382