

## DOSSIERS

## Asile et santé en Suisse

**Introduction**

Lorsqu'on veut discuter de la santé dans le domaine de la migration et de l'asile en particulier, nous sommes pour l'instant confrontés à des conclusions rarement univoques quant à l'effet de la migration sur la santé.

D'une part, il existe un effet de sélection des futurs migrants – ce sont généralement des personnes en bonne santé qui peuvent envisager un exil s'avérant parfois long et dangereux et qui auront plus de chance de trouver du travail dans le pays d'accueil (*healthy migrant effect*) – et un effet dû à la « ré-émigration » volontaire ou forcée des étrangers malades.

Ces deux biais expliquent pourquoi les migrants sont en général en bonne santé. D'autre part, la migration peut avoir un effet négatif sur la santé, en raison des difficultés endurées avant, durant<sup>1</sup> ou après l'exil, comme le déracinement vécu dans le pays d'accueil. L'état de santé peut d'ailleurs inciter à s'exiler et être un argument pour l'obtention d'un permis humanitaire dans le cas de personnes du domaine de l'asile fuyant la guerre ou la violence.

Ensuite parce que la migration entraîne le maintien sur une durée plus ou moins longue, de comportements importés du pays d'origine qui peuvent être à risque<sup>2</sup> ou représenter des ressources pour la santé<sup>3</sup>. Relevons à ce propos que les facteurs protecteurs relatifs aux caractéristiques du processus migratoire, tels que les ressources puisées dans le réseau social et les préceptes religieux, ont été particulièrement peu documentés. Par ailleurs, l'effet de la migration sur le long terme est également ambigu et peut se caractériser par une détérioration progressive provoquée par les conditions de vie et de travail précaires dans le pays d'accueil (*exhausted migrant effect*)<sup>4</sup>.

Enfin, on se heurte surtout à un man-

que de données statistiques. Les personnes du domaine de l'asile échappent (notamment en raison des difficultés liées à la langue, à leur mobilité ou au fait qu'elles ne disposent pas de téléphone) aux bases de données nationales sur la santé (p. ex. Enquête Suisse sur la Santé) qui ne prennent en compte souvent que la variable « nationalité », variable insuffisante pour appréhender la diversité des personnes étrangères.

En effet, la population étrangère présente d'importantes différences non seulement en fonction de l'origine nationale et sociale des personnes, mais aussi par rapport à leur parcours migratoire. C'est pourquoi de nombreux auteurs s'accordent à préconiser une distinction de principe entre travailleurs immigrés et personnes issues de la filière de l'asile (requérant d'asile et réfugiés), dont le parcours migratoire semble plus précaire et incertain, que ce soit dans le pays d'origine où ils fuient des événements de guerre ou de violence, durant la fuite où ils circulent souvent illégalement dans des conditions parfois dangereuses ou dans le pays d'accueil où leurs droits sont limités et où souvent ils attendent des années avant d'être reconnus en tant que réfugiés statutaires.

Ce texte présente dans un premier temps quelques données empiriques, à partir de la littérature existante, concernant les caractéristiques de santé des personnes du domaine de l'asile et, ensuite, il traite de la politique de santé publique qui a été exercée sur ces personnes.

**Données empiriques concernant la santé des personnes du domaine de l'asile**

La littérature spécialisée sur la santé des requérants d'asile et des réfugiés est essentiellement concentrée sur deux aspects : d'une part l'accès aux soins et l'interaction relationnelle avec les soignants et, d'autre

part, les répercussions psychologiques liées aux traumatismes de guerre et de violence<sup>5</sup>. Les troubles somatiques spécifiques n'ont fait l'objet que de peu de recherches et se heurtent à un manque de données objectives. Celles-ci reposent principalement en ce qui concerne les requérants d'asile et les réfugiés, sur le dépistage de routine effectué à l'arrivée en Suisse lors de l'examen sanitaire aux frontières.

**Accès aux soins**

L'effet sur la santé de problèmes structurels relatifs aux inégalités sociales (statut socio-économique, niveau de formation) est aujourd'hui largement admis et ces inégalités ne sont pas propres aux migrants<sup>6</sup>. Si les auteurs se sont concentrés sur ce thème concernant les personnes du domaine de l'asile, c'est que les inégalités sociales sont plus fortes dans leur cas en raison des conditions de vie dans le pays d'accueil plus précaires : droits limités et difficultés d'intégration. Les requérants d'asile en particulier, cumulent les situations de vulnérabilité, vu que leurs droits sont limités dans plusieurs domaines :

- Séjour : leur séjour en Suisse est provisoire ou si leur demande est acceptée, ils doivent souvent attendre des années avant que leur situation se soit stabilisée.
- Travail : à leur arrivée, ils sont frappés d'une interdiction de travail d'un minimum de trois mois et lorsqu'ils parviennent à trouver un emploi malgré leur méconnaissance d'une langue nationale et du système, ils sont souvent cantonnés dans des branches où la charge physique est la plus forte<sup>7</sup>.
- Protection sociale : l'assistance sociale incontournable dans leur cas en raison de l'interdiction de travail est en moyenne de plus de 40 % inférieure au revenu minimal pour les résidents permanents<sup>8</sup>.

- Prestations en matière de soins : elles fixent une limite concernant les prestations pour l'invalidité et le choix du médecin.

En dehors des barrières socio-économiques et juridiques, les autres barrières généralement évoquées se rapportent à des questions culturelles, telles que les difficultés de communication entre les prestataires de service et les migrants<sup>9</sup>.

De ces limitations, diverses conséquences découlent sur l'accès aux soins. Relevons notamment :

- Un manque ou de mauvaises informations en matière de santé et de prévention<sup>10</sup>. Les femmes immigrées apparaissent comme un groupe particulièrement difficile à atteindre, notamment en matière de suivi de la grossesse<sup>11</sup>. Le fait qu'elles ne disposent souvent ni du cadre professionnel, ni de l'école, comme vecteurs d'informations explique en partie le manque d'informations dont elles font l'objet.
- Une « sur-consommation » de la médecine somatique<sup>12</sup>, due entre autres à l'impression de ne pas être compris.
- Une « sous-consommation » des services psychiatriques<sup>13</sup> notamment parce que les symptômes psychologiques prennent du temps à être diagnostiqués<sup>14</sup>.
- Une plus grande utilisation des services hospitaliers que des services privés ce qui peut compliquer le suivi médical<sup>15</sup>.

### Troubles psychiques et psychosociaux

Les conditions de vie dans le pays d'accueil, mais aussi les difficultés vécues dans le pays d'origine, ont amené plusieurs auteurs à penser que les personnes du domaine de l'asile – même s'il ne s'agit pas d'un groupe homogène – subissent des retombées négatives au niveau psychique telles que des troubles post-traumatiques (*Post-Traumatic Stress Disorder* – PTSD). La situation est spécialement préoccupante pour les survivants de la torture. Ils représentent 25 % des réfugiés reconnus vivant en Suisse, selon une étude

empirique basée sur une extrapolation de la proportion de personnes ayant été torturées<sup>16</sup>.

Malgré la fréquence élevée de personnes traumatisées parmi celles relevant de la filière de l'asile, un dépistage précoce des symptômes liés à une exposition à un événement traumatique est difficile. L'étude de Hatz et al.<sup>17</sup> auprès de 146 patients (98 migrants, dont 36 réfugiés bosniaques et 62 migrants ressortissants de Turquie, et 48 Suisses ayant changé de domicile mais étant restés à l'intérieur du pays) montre que les migrants évoquent, en premier lieu, et de manière spontanée des affections somatiques (problèmes abdominaux, douleurs dorsales, maux de tête et troubles circulatoires), alors que les problèmes psychiques demandent un diagnostic spécifique pour être décelés : quelque 41 % n'ont pas mentionné spontanément leur problème de santé le plus grave. Les ressortissants bosniaques ayant vécu la guerre, perçoivent leur maladie comme plus grave que les migrants d'origine turque/kurde et que les migrants internes à la Suisse, ils évoquent davantage des désordres psychiques.

Cette difficulté dans l'anamnèse pose problème dans la mesure où une grande part des réfugiés ayant vécu un événement traumatique souffrent ensuite de désordres psychiques. Une étude réalisée de façon systématique en 1993/94, auprès de 572 requérants d'asile lors de l'examen sanitaire de frontière à Genève<sup>18</sup> révèle, chez ces personnes, une fréquence élevée d'exposition à des événements traumatiques, avec des symptômes pouvant s'y rapporter : alors que 61 % des personnes soutiennent avoir été exposées à au moins un événement traumatique et 18 % déclarent avoir été torturées, 27 % disent avoir présenté au moins un symptôme de type psychique (cauchemar, anxiété, flash-back, tristesse).

Les réactions liées à l'expérience d'un événement traumatique vont de troubles physiques à des symptômes post-traumatiques, tels qu'une forte dépression, de même que des troubles somatoformes et de dissocia-

tion<sup>19</sup>. Les conséquences à long terme et le manque de traitement immédiat de tels troubles sont mal connus.

### Troubles somatiques

Sur le plan somatique, seules quelques maladies infectieuses, et uniquement pour les personnes de certaines origines, présentent une prévalence plus élevée en comparaison des autres résidents en Suisse. Bien qu'aucune étude empirique ne permette de comparer de manière globale la santé subjective et objective des personnes relevant de l'asile avec des Suisses ou d'autres types de migrants et d'établir une échelle des troubles prioritaires, les problèmes somatiques les plus fréquemment évoqués dans des études partielles sont :

- La tuberculose : la prévalence de tuberculose est plus importante chez les requérants d'asile et réfugiés, non seulement en comparaison des Suisses, mais aussi d'autres types de migration, comme les personnes issues d'une migration de travail<sup>20</sup>.
- Les maladies parasitaires : surtout intestinales sont parmi les infections les plus répandues<sup>21</sup>.
- Les maladies sexuellement transmissibles (VIH/sida, hépatite C) : la prévalence du VIH, parmi les migrants, est globalement similaire à celle des Suisses, mais présente des différences importantes selon les nationalités. Les personnes venant des Etats de l'Afrique subsaharienne – qui relèvent le plus souvent de la filière de l'asile – présentent une prévalence particulièrement élevée<sup>22</sup>.
- Autres maladies infectieuses : l'hépatite B et le paludisme sont plus fréquemment diagnostiqués chez les réfugiés de certaines régions du monde (Afrique ou Asie)<sup>23</sup>.
- Maladies non infectieuses : pour les réfugiés âgés amenés à quitter leur pays, des troubles non infectieux sont détectés, tels que le diabète, les affections cardio-vasculaires, les affections inflammatoires et allergiques<sup>24</sup>.

Deux types de troubles sont plus fré-

quents de manière générale chez les étrangers (issus d'une migration de travail ou d'asile) :

- Mortalité infantile : plus élevée chez les enfants de mères étrangères dont la présence en Suisse est plus récente (Ex-Yougoslavie, Turquie)<sup>25</sup>.
- Accident : les taux d'accidents professionnels et d'incapacité de travail sont nettement supérieurs pour les étrangers<sup>26</sup>. Ces résultats s'appliquent, la plupart du temps, à des personnes issues d'une migration de travail, mais on peut penser qu'ils sont aussi valables pour les réfugiés statutaires qui travaillent dans les secteurs d'activité à risques, particulièrement à long terme.

### Actions passées et à venir

Etant donné que les problèmes de santé identifiés, touchant les personnes du domaine de l'asile, tournent autour des conditions de vie en Suisse, de l'accès aux soins et de problèmes psychiques, les mesures mises en place ont logiquement porté surtout sur ces questions.

Cependant l'action s'est d'emblée trouvée limitée par le fait que les conditions de vie favorisant une intégration des personnes de ce domaine ne sont pas souhaitées, leur séjour étant envisagé de manière provisoire. La politique d'asile a pour principe de traiter dans les meilleurs délais possibles les demandes d'asile afin de réduire le temps de séjour de personnes qu'elle estime pouvoir renvoyer dans leur pays d'origine. Elle s'est pourvue, ces dernières années, d'une série de restrictions destinées à limiter le nombre de candidats à l'asile et censées ne toucher que les « abus »<sup>27</sup>.

Malgré cette orientation non intégrative de la politique et dans une perspective pragmatique, toute une série de mesures ont été prises. Mais, sans doute afin d'éviter d'être bloquées, ces interventions ont d'abord eu lieu sans un cadre légal.

En effet, des mesures sont entrées en vigueur dès les années 1990, au niveau national, par un programme appelé « Projet migrants » soutenu

par l'Office fédéral de la santé publique et qui visait tant les migrants du travail que les personnes de la filière asile. Les principales interventions dans le domaine de l'asile furent la médiation interculturelle par les pairs (le plus souvent des personnes de la communauté ou parlant la même langue), elles étaient destinées à transmettre des messages de prévention sur la question du VIH/sida, de la toxicodépendance et de la promotion de la santé. L'OFSP s'est également engagé à soutenir des services d'interprètes (par le biais d'œuvres d'entraide) et des centres de conseils et de thérapies pour les migrants notamment pour les victimes de la torture (par la Croix-Rouge Suisse et géré par le Therapiezentrum für Folteropfer – TZFO).

L'ancrage de ces actions et leur reconnaissance politique se sont imposés en 2001, soit après dix ans d'existence, par la stratégie élaborée par l'OFSP sur des bases scientifiques<sup>28</sup> et de manière concertée avec les différents acteurs concernés. Cette stratégie a été entérinée par le Conseil fédéral en 2002.

Bien que l'effort de professionnalisation et le souci de transparence visés ces dernières années soient tout à fait louables, il reste bon nombre de défis à relever dans les années à venir, dans les limites de la loi sur l'asile. Ces défis s'inscrivent dans une perspective d'égalité des chances entre résidents, d'équité et de santé pour tous. Ils visent à la fois les conditions de vie des requérants d'asile et une ouverture des prestataires de services à la question de la santé des migrants :

A l'arrivée, une première prise en charge à bas seuil des requérants d'asile devrait éviter des situations entraînant une aggravation d'états psychiques labiles. Le fait d'une prévalence élevée de traumatismes dans cette population demande une attention particulière qui manque actuellement.

Dans la mesure où le traitement des demandes d'asile (refus et acceptation) prend plusieurs années, des mesures favorisant l'intégration devraient être prises ou continuer à l'être, dans la lignée de ce que font

les bureaux d'intégration pour les étrangers résidents permanents. Une attention particulière devrait être portée envers les personnes inactives durant une longue durée et des offres de formation et/ou de soutien devraient être proposées (dans le sens de ce que propose la Ville de Zurich dans son manifeste sur la politique d'asile : « *Verpflichtung zur Arbeit: Alle Asylsuchenden sollen möglichst schnell nach ihrer Ankunft in der Schweiz arbeiten dürfen* »<sup>29</sup>).

Lorsque les requérants d'asile sont déboutés, une aide au retour devrait combiner un soutien matériel avec un soutien médical ou psychosocial, quant cela paraît nécessaire.

Quant aux compétences du personnel médical, des formations spécifiques durant leur formation de base ou dans des cours de formation continue devraient être prévus pour améliorer la capacité de prise en charge (compétences interculturelles, utilisation d'interprètes, etc.).

Plusieurs points restent encore ouverts notamment par rapport aux avantages (pertinence, efficacité, efficience) d'une limitation des soignants de premiers recours choisis par les cantons pour les personnes du domaine de l'asile. D'un côté cette limitation est pertinente et efficace car elle permet de mieux orienter des personnes, qui n'ont pas une bonne connaissance du système de soins et qui échappent à un suivi médical, vers des soignants sensibilisés à leur parcours migratoire. De l'autre, le *Gate-Keeping* modèle entraîne un risque de médecine « au rabais » pour les personnes de l'asile<sup>30</sup>.

Notons enfin qu'une intervention éclairée devrait bénéficier de données statistiques permettant de mesurer l'égalité d'accès et l'état de santé de ces personnes; ces données font encore défaut actuellement.

Milena Chimienti

Collaboratrice scientifique au Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (FSM). Adresse de contact : milena.chimienti@unine.ch

Le FSM est un institut de recherche autonome auprès de l'Université de Neuchâtel, spécialisé entre autres

dans les analyses et évaluations dans le domaine « migration et santé ». Pour plus d'informations voir le site web de l'institut :

www.unine.ch/fsm

#### Notes et références citées

1. Sur les effets sur la santé de la traite et des passeurs durant l'exil, voir Gushulak Brian D., MacPherson Douglas W. : « Health issues in association with the smuggling and trafficking of migrants. » In *Journal of Immigrant Health*, 2 : 2, 2000.
2. Wanner Philippe, Christine Bouchardy & Luc Raymond. 1998. « Comportement des étrangers en Suisse en matière d'alimentation, de consommation d'alcool et de tabac et de prévention. » In *Démos* : 3-20 ;  
Wanner Philippe, Christine Bouchardy & Luc Raymond. 2000. *Mortalité des étrangers en Suisse : analyse par grand groupe de causes et par type de cancer, 1989-1992*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
3. Wanner Philippe et al., *op. cit.*
4. Bollini Paola. 1993. « Health for immigrants and refugees in the 1990s: a comparative study in seven receiving countries. » In *Innovation in social sciences research*.
5. Pour une revue de la littérature voir Weiss Regula. 2003. *Macht Migration krank ? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo Verlag.
6. Voir notamment Marmot Michael, & Richard Gerald Wilkinson. 2001. *Social determinants of health*. Oxford : Oxford University Press.
7. Wimmer Andreas & Etienne Piguet. 1998. *Asyl und Arbeit : eine Studie zur Erwerbsintegration von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der Schweiz*. Neuchâtel : Forum suisse pour l'étude des migrations.
8. Cattacin Sandro, Denise Efonayi-Mäder & Philippe Wanner. 2001. « Der schweizerische Sozialstaat und die Migration. » In *Sozialalmanach* 3 : 135-152.
9. Voir notamment Bischoff Alexandre, Claude Tonnerre & Jacques Moser. 2000. « Communication interculturelle et accès aux soins, le défi du multilinguisme dans le contexte médical. » in *Les défis migratoires : actes du colloque CLUSE « Les défis migratoires à l'aube du troisième millénaire »* / sous la dir. de Pierre Centlivres et Isabelle Girod. Neuchâtel : Seismo Verlag ;  
Blöchliger Corinne & Thomas Jung-hans. 1994. *Gesundheitsprobleme und allgemeinmedizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der Schweiz aus hausärztlicher Sicht*. Basel : Schweizerisches Tropeninstitut.
10. Il existe par exemple chez les femmes africaines une importante stigmatisation du Sida qui représente un handicap majeur non seulement pour atteindre la population immigrée avec des messages de prévention, mais aussi pour soutenir les personnes déjà infectées. Les personnes malades se retrouvent souvent totalement isolées socialement comme l'a montré l'étude de Tonwe-Gold, Besigin, Bernard Hirschel, Dominique Roulin, Mary Haour-Knipe, et al. 2002. *Les femmes africaines séropositives vivant en Suisse*. Malgré cela, l'étude n'a pas observé de différences statistiquement significatives imputables à l'ethnie africaine quant à la survie ou à la progression du sida.
11. Kuntner L. 2001. « Schwangerschaft und Geburt im Migrationskontext ». In : Domenig, Dagmar. (Hrsg.). *Professionelle Transkulturelle Pflege*. Huber : Bern.  
Bollini, Paola 2000. « Die Gesundheit von Migrantinnen in Europa – Perspektiven für 2000 ». In : David M., Borde Th. & Kentenich H. (Hrsg.). *Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext*. Mabuse : Frankfurt a. Main, 2000.
12. Wicker Hans-Rudolf, *op. cit.*
13. Wicker Hans-Rudolf, *op. cit.*
14. Hatz Christoph, Daniel Mäusezahl, Corina Salis Gross & et al. 1999. *Gesundheitsstrategien von Asylsuchenden und Flüchtlingen und die allgemeinmedizinische Versorgung in der Schweiz*.
15. Hatz Christoph et al., *op. cit.*
16. Wicker Hans-Rudolf. 1993. *Die Sprache extremer Gewalt : Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen*. Bern : Institut für Ethnologie.
17. Hatz Christoph, *op. cit.*
18. Subilia Laurent, Louis Loutan, Claude-François Robert, Paola Bollini, et al. 1995. « La santé des requérants d'asile : des parasites au stress post-traumatique. » In *Journal suisse de médecine* 125 : 932.
19. Cf. Weiss Regula, *op. cit.* page 246.
20. Office fédéral de la santé publique (OFSP) 2002. « La tuberculose en Suisse en 1999 et 2000 ». *Bulletin* 9 du 25 février 2002 ;  
Zellweger Jean-Pierre & De Haller P. 1993. « Schirmbildererkennung der Tuberculose bei den Ausländer in der Schweiz. » In *SVTL/Pneumologie Information* : 11-13 s.
21. Loutan Louis & Claire-Lise Chagnat. 1994. « Afflux de réfugiés en Suisse : quels problèmes de santé ? » In *Revue suisse de médecine militaire et de catastrophes* 71 : 105-109.
22. Wanner Philippe, Christine Bouchardy & Luc Raymond. 2000. *Mortalité des étrangers en Suisse : analyse par grand groupe de causes et par type de cancer, 1989-1992*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique ;  
Zuppinger Brigit, Christine Kopp & Hans-Rudolf Wicker. 2000. *Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne*. Berne : Institut d'ethnologie, Université de Berne.
23. Loutan Louis et Chagnat Claire-Lise, *op. cit.*
24. Loutan Louis et Chagnat Claire-Lise, *op. cit.*
25. Wanner Philippe. 1996. « La fécondité des femmes de nationalité étrangère en Suisse, depuis 1981. » In *Démos : bulletin d'information démographique*, 2/96 : 1-17.
26. Bollini Paola & Siem H. 1995. « No real progress towards equity : health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. » In *Social science and medicine*, 41(6) : 819-828.
27. Efonayi-Mäder Denise, Chimienti Milena, Dahinden Janine, Piguet Etienne 2001. *Asyldestination Europa : eine Geographie der Asylbewegungen*. Zürich : Seismo Verlag.
28. Chimienti Milena, Sandro Cattacin, Denise Efonayi-Mäder, Martin Niederberger, et al. 2001. *Migration et santé : vers une stratégie de la Confédération. Rapport de base*. Neuchâtel : Forum suisse pour l'étude des migrations, Rapport de recherche du Forum suisse pour l'étude des migrations no 18.
29. Neue Zürcher Zeitung du 01/02/03, n° 26, page 43.
30. Sur cette question voir Efonayi-Mäder Denise & Chimienti Milena 2003. « Migration und Gesundheit : eine sozialpolitische Orientierung. » In *Sozialalmanach* 2003, pp 7-8.
31. Je remercie Sandro Cattacin de sa relecture et de ses commentaires.