



Feuille de route et
boîte à outils de
Mig-HealthCare
pour la mise en
œuvre efficace de
modèles de soins
communautaires
pour les migrants et
les réfugiés



Co-funded by the European Union's
Health Programme (2014-2020)





Mig-HealthCare - Renforcer la prise en charge communautaire des soins afin de minimiser les inégalités de santé et améliorer l'intégration des migrants et réfugiés vulnérables dans les communautés locales.

Le **Consortium Mig-HealthCare** comprend les partenaires suivants:

- Institut Prolepsis - Coordinateur, **Grèce**
- École de médecine, Université nationale et kapodistrienne d'Athènes, **Grèce**
- Région de Grèce-Centrale, **Grèce**
- Centre national des opérations de santé (NaHOC), ministère de la Santé, **Grèce**
- Union centrale des municipalités grecques (UCMG), **Grèce**
- Oxfam Italia, **Italie**
- Centre ethnomédical, **Allemagne**
- Centre national des maladies infectieuses et parasitaires, **Bulgarie**
- École des Hautes Études en Santé Publique, **France**
- CARDET, **Chypre**
- KOPIN, **Malte**
- Université d'Uppsala, **Suède**
- Verein Multiculturell, **Autriche**
- Université de Valence, Polibienestar, **Espagne**

Citation suggérée:

Karnaki P., Zota D., Riza E., Grech W., Bitschnau B., Agaidyan O., Patouris E., Sherlaw W., Brinkmann D., Gil-Salmerón A., Garcés-Ferrer J., Christova I., Kunchev A., Pezzati P., Tizzi G., Bradby H., Lebano A., Hamed S., & Linos A. (2020). The Mig-HealthCare Roadmap & Toolbox for the effective implementation of community care models for Migrants & Refugees.

Contenus

Introduction	5
Problèmes de langue, de culture et de communication	11
Continuité de l'information	17
Santé mentale	21
Vaccinations	25
Santé maternelle et infantile	31
Promotion de la santé	35
Santé bucco-dentaire - Soins dentaires	45
Maladies non transmissibles et affections chroniques	49
L'algorithme Mig-HealthCare	52
Références	61



► Introduction

Depuis le début de la crise au Moyen-Orient en 2011, l'Europe a vu une augmentation des flux de migrants et de réfugiés débarquant principalement sur les côtes méditerranéennes. Selon les données du HCR, 70,8 millions de personnes ont été déplacées de force de leur domicile. Depuis 2015, plus de 2 000 000 de réfugiés et de migrants sont arrivés en Europe. Aujourd'hui encore, d'importants flux de migrants / réfugiés continuent d'arriver. La nécessité de s'attaquer aux problèmes de santé des migrants / réfugiés et de faciliter l'accès aux soins de santé pour ce groupe de population vulnérable augmente.

L'article 12.1 du Pacte des Nations Unies concernant les droits économiques, sociaux et culturels stipule que « les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible » (Nations Unies 1966). Dans le contexte européen, la Charte des droits fondamentaux stipule que chacun devrait avoir le droit d'accéder à des soins de santé préventifs et de bénéficier de soins médicaux. Pourtant, des problèmes d'accès aux soins de santé pour les migrants et les réfugiés existent.

L'analyse documentaire réalisée par le consortium Mig-HealthCare sur l'accès des migrants et des réfugiés aux soins de santé met en évidence des preuves qui montrent que les inégalités entre migrants et non-migrants en matière de santé et d'accès aux services de santé persistent.

Les inégalités résultent des obstacles juridiques qui existent dans de nombreux États membres de l'UE pour l'accès aux soins des migrants, des réfugiés et des demandeurs d'asile, en particulier des sans-papiers. Cependant, les inégalités sont également attribuées à la situation économique des migrants qui peuvent ne pas avoir les moyens d'accéder aux services de santé ou de les payer. Les inégalités résultent également des barrières linguistiques, de la discrimination et de ce que l'on appelle dans de nom-

breux articles le manque de compétence culturelle des prestataires de soins de santé (Lebano et al., 2018).

Les populations migrantes et réfugiées en Europe sont en général de jeunes adultes en bonne santé, mais elles comprennent également une proportion importante de familles, de personnes âgées et de personnes handicapées (OMS, 2018). Leurs besoins en matière de santé sont importants en raison de l'exposition à de nombreux facteurs de risque, tels que les voyages longs et périlleux, le sans-abrisme, le manque de couverture sociale, l'exposition à la violence, aux traumatismes mentaux et physiques ainsi qu'à l'exploitation (OMS, 2018). Ce sont des indications qui montrent que les populations de migrants et de réfugiés peuvent présenter des résultats de santé moins bons que la population hôte, comme une mortalité infantile accrue, des résultats gynécologiques défavorables et des résultats de maladies chroniques non réglementés. De plus, des facteurs tels que les barrières culturelles et linguistiques, le chômage ou les emplois mal payés, illégaux ou précaires les exposent à des risques sanitaires accrus (OMS, 2018).

Le projet Mig-HealthCare

Mig-HealthCare - Renforcer la prise en charge communautaire des soins afin de minimiser les inégalités de santé et améliorer l'intégration des migrants et des réfugiés vulnérables dans les communautés locales, est un projet de trois ans qui a été lancé en mai 2017, avec le soutien financier de la Commission européenne. Le projet est mis en œuvre par un consortium d'universités, d'autorités nationales et d'ONG de dix pays européens, avec une expérience diversifiée sur les questions de santé publique et d'intégration des réfugiés et des migrants.

L'objectif global de Mig-HealthCare est d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les migrants et les réfugiés vulnérables, de soutenir leur inclusion et leur participation dans les communautés européennes et de réduire les inégalités de santé.

En quoi consistent la Feuille de route et la boîte à outils Mig-HealthCare?

La feuille de route et la boîte à outils est une application en ligne conviviale qui se concentre sur les étapes clés pour une prestation optimale des soins de santé aux migrants et aux réfugiés, y compris des outils utiles qui peuvent être utilisés soit par des professionnels de la santé, soit par des migrants et des réfugiés. Le tout est agrémenté d'exemples de meilleures pratiques. Elle comprend également un algorithme, à utiliser comme guide pour les professionnels de la santé qui permet de fournir une meilleure santé aux patients réfugiés / migrants.

La version en ligne peut être trouvée dans la section correspondante du site Web du projet:

<https://www.mighealthcare.eu/roadmap-and-toolbox>.

La feuille de route **Mig-HealthCare** comprend:

- 1. Les actions nécessaires qu'un professionnel de la santé doit entreprendre lors de la prestation de soins aux migrants et aux réfugiés, à savoir:**
 - › la continuité de l'information ;
 - › les problèmes de langue, de culture et de communication;
 - le Langage et la communication;
 - les problèmes culturels;
 - la médecine préventive.
- 2. Informations concernant les problèmes de santé particulièrement importants pour les migrants et les réfugiés:**
 - › la santé mentale;
 - › les vaccinations;
 - › la santé maternelle / infantile;
 - › la promotion de la santé;
 - le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein;
 - le dépistage du cancer colorectal;
 - l'alcool;
 - le tabagisme;
 - la nutrition;

- l'activité physique;
- la santé bucco-dentaire / les soins dentaires ;
- les maladies non transmissibles (MNT) et maladies chroniques.

3. Pratiques prometteuses:

Les partenaires Mig-HealthCare ont examiné et évalué des interventions pertinentes qui traitent des problèmes de santé des migrants / réfugiés. Certaines de ces interventions qui ont été évaluées positivement et qui sont considérées comme les meilleures pratiques, peuvent être utilisées dans différents contextes. Plus d'informations sur ces dernières et sur d'autres pratiques prometteuses sont disponibles sur le site Web du projet <http://www.mighealthcare.eu/> en accédant au rapport intitulé «D5.1: Rapport sur les modèles de santé communautaire, les soins sociaux et les meilleures pratiques»: <https://mighealthcare.eu/resources/D5.1%20%20Models%20of%20community%20health%20and%20good%20practices.pdf>

4. Outils

La boîte à outils comprend environ 300 outils appartenant aux différentes catégories mentionnées ci-dessus. La boîte à outils est accessible directement depuis le site Web Mig-HealthCare ou via les différentes catégories de la feuille de route. La recherche d'outils est facilitée par différents filtres (catégorie thématique, langue, utilisateur final, type de matériel).

5. L'algorithme Mig-HealthCare

Est un outil qui guide les professionnels de la santé à travers toutes les étapes nécessaires pour identifier les problèmes de santé d'une importance particulière lors de la prestation de soins aux migrants/réfugiés.

À qui s'adressent la feuille de route et la boîte à outils?

Cette feuille de route est une ressource précieuse et utile pour une grande variété de professionnels de la santé au niveau individuel et organisationnel. Les parties prenantes ciblées comprennent:

- des professionnels de la santé de toutes les spécialités, y compris des médecins et des infirmières travaillant à différents niveaux, local, régional et national;

- des administrateurs de soins de santé;
- des gestionnaires et personnel des services de santé, y compris les hôpitaux et les centres de santé aux niveaux local, régional et national;
- des ONG;
- des autorités locales.

Comment utiliser la Feuille de route et la boîte à outils Mig-HealthCare?

Les professionnels de la santé peuvent se référer à tout moment au contenu de la feuille de route et de la boîte à outils pour recevoir des informations sur les questions importantes lors de la prestation de soins de santé aux migrants / réfugiés. On peut se référer à des problèmes de santé spécifiques présentés dans la Feuille de route, quand il est nécessaire de traiter un problème particulier, ou consulter le contenu dans son intégralité. À titre indicatif:

- les professionnels de la santé mais aussi les parties prenantes au niveau communautaire peuvent utiliser des outils ou adapter des exemples des meilleures pratiques, décrites dans la feuille de route et la boîte à outils, pour la situation particulière de leur communauté.
- Les professionnels de la santé peuvent utiliser les outils présentés correspondants à chaque problème de santé pour leurs patients ou pour faciliter leur travail.
- Les professionnels de la santé peuvent utiliser l'algorithme lorsqu'ils consultent un patient migrant / réfugié afin de s'assurer qu'ils abordent les problèmes importants identifiés par le projet Mig-HealthCare pour la santé des migrants / réfugiés.

Comment ont été développées la feuille de route et la boîte à outils ?

La feuille de route et la boîte à outils ont été créées dans le cadre du projet Mig-HealthCare à la suite de recherches approfondies sur:

- › les besoins et lacunes dans la prestation des soins de santé aux migrants et aux réfugiés, tels qu'identifiés par les professionnels de la santé grâce à des recherches originales. Des groupes de discussion et des entretiens ont été menés dans 10 pays de l'UE (Grèce, Chypre, Allemagne, Bulgarie, Suède, Espagne, Autriche, Italie, Malte et France);
- › une revue systématique des pratiques prometteuses a été menée dans l'Union européenne et dans le monde. Une enquête menée auprès de 1 350 migrants et réfugiés dans 10 pays de l'UE (Grèce, Chypre, Allemagne, Bulgarie, Suède, Espagne, Autriche, Italie, Malte et France) concernant leur état de santé, leurs problèmes de santé et l'accès aux soins de santé dans 10 pays de l'UE (Grèce, Chypre, Allemagne, Bulgarie, Suède, Espagne, Autriche, Italie, Malte et France). Une analyse documentaire a été effectuée dans 10 pays de l'UE et au niveau international concernant les problèmes de santé des migrants et des réfugiés. Une identification des outils pertinents au niveau de l'UE et au niveau international a été menée.

Des rapports détaillés de tout ce qui précède sont disponibles sur le site Web de Mig-HealthCare.

Accéder à la feuille de route et à la boîte à outils

Cette publication présente une brève description des catégories thématiques de la feuille de route et de la boîte à outils ainsi que de l'algorithme. La feuille de route et la boîte à outils sont disponibles sur le site Web de Mig-HealthCare - <https://mighealthcare.eu/roadmap-and-toolbox> où un accès à plus d'informations, des pratiques prometteuses et des outils pour chaque catégorie thématique est fourni. À titre indicatif, la boîte à outils vous permet d'accéder à plus de 300 outils différents dans différentes langues.

► Problèmes de langue, de culture et de communication

Langage et la communication

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclare que dans le monde, on estime que 600 à 700 millions de personnes seulement utilisent l'anglais comme deuxième langue, en plus de 335 millions de locuteurs natifs de l'anglais. Cela laisse la plupart de la population mondiale, environ six milliards de personnes, avec peu ou pas d'accès à une grande source d'informations de santé publique car ces dernières ne sont disponibles qu'en anglais.

La langue est considérée comme un obstacle important à l'accès à des soins de santé de bonne qualité. « En santé publique, le décalage linguistique entre ceux qui fournissent des informations sur la santé et ceux qui en ont besoin affecte tout le monde, des cliniciens aux patients en passant par les responsables de la santé publique et les décideurs » (OMS, 2015, p. 365).

La communication est la clé de la qualité des soins de santé et une caractéristique primordiale de chaque interaction (White et al., 2015). L'un des besoins les plus importants des patients est de communiquer leurs symptômes et leurs situations aux professionnels de la santé.

Une communication efficace entre le médecin et le patient peut entraîner de meilleurs résultats pour la santé, contribuant à la bonne santé globale de la communauté.

Le fait de ne pas pouvoir parler la langue du pays d'accueil constitue un obstacle important à une communication efficace.

Le multiculturalisme et le multilinguisme sont devenus extrêmement courants en Europe, entraînant des barrières linguistiques dans le cadre des soins de santé. Les patients dont la langue maternelle n'est pas la même

que celle des services de santé qu'ils fréquentent seront très probablement sujets à de moins bons résultats en matière de santé (Divi et al., 2007). Bien que de nombreux grands établissements de santé aient accès à des services d'interprétation, ce qui a fortement contribué à une satisfaction accrue des patients et à une communication positive, la disponibilité d'interprètes n'est pas suffisante pour assurer des soins de santé de grande qualité. Une enquête approfondie auprès de 39 immigrantes somaliennes dans un centre obstétrique de Londres a démontré que la disponibilité de traducteurs est insuffisante pour surmonter les barrières culturelles (Binder et al., 2012).

Étapes / exigences importantes pour le secteur des soins de santé

Il est important que les migrants / réfugiés reçoivent des services linguistiques appropriés, tels que des interprètes, au sein des services de santé. Selon l'Australian Psychological Society (2013), la facilitation d'une communication efficace via un interprète doit inclure les éléments suivants :

- › évitez d'utiliser un langage technique, des métaphores et des acronymes ;
- › la répétition peut aider à comprendre ;
- › utilisez des phrases courtes et simples ;
- › faites une pause après une ou deux phrases pour permettre à l'interprète de relayer le message ;
- › les professionnels de la santé peuvent utiliser des diagrammes ou des images pour améliorer la compréhension ;
- › demandez au patient si vous parlez à un rythme approprié ou si des clarifications sont nécessaires ;
- › Demandez l'opinion du patient pendant les consultations pour vous assurer que ce dernier est satisfait du processus d'interprétation.

Problèmes culturels

Suite à l'augmentation de la population de migrants en Europe, la compétence culturelle est préconisée comme un moyen d'assurer l'équité dans l'accès aux soins de santé et la prestation de soins de santé adap-

tés aux migrants et aux réfugiés (Jongen, McCalman et Bainbridge, 2018). La culture est définie comme « les modèles d'idées, de coutumes et de comportements partagés par des personnes ou une société en particulier. Ces modèles identifient les membres faisant partie d'un même groupe et distinguent les membres des autres groupes » (How Culture Influences Health, 2017).

Le concept de compétence culturelle a été introduit dans les années 80 pour combler une lacune dans la capacité des prestataires de soins de santé à promouvoir des soins équitables et non discriminatoires pour des populations diverses. Depuis lors, une série de cadres de compétences culturelles est apparue, mettant l'accent sur diverses questions, notamment la connaissance des cultures minoritaires, les attitudes envers les minorités et les immigrants nouvellement arrivés et les compétences afin de fournir des soins de santé via des traducteurs et en collaboration avec des médiateurs culturels. Le concept de compétence culturelle a évolué au fil du temps pour inclure non seulement l'interaction entre les prestataires de soins de santé et les utilisateurs, mais aussi la compétence culturelle organisationnelle et systémique (Truong, Paradies & Priest, 2014).

Étapes / exigences importantes pour le secteur des soins de santé

L'amélioration des compétences culturelles du personnel de santé est cruciale. Il permet à un professionnel de la santé de fournir des soins de santé efficaces sans se fier aux stéréotypes. Selon un rapport sur les problèmes de santé des réfugiés et des immigrants (Bischoff, 2003), les prestataires doivent tenir compte des facteurs culturels lorsqu'ils :

- › **documentent les antécédents médicaux et effectuent un examen physique** : l'histoire de migration individuelle des patients a un impact sur leur expérience de la maladie. Par conséquent, il est important pour les professionnels de la santé de se renseigner sur leur vie et leur situation sociale. Des aspects tels que le cycle de vie, l'expérience de la douleur, les pratiques de guérison traditionnelles / religieuses, la nutrition (coutumes alimentaires), la maîtrise de la langue locale, le statut de travail et de résidence, l'expérience de la violence,

les antécédents de migration (raisons de la migration, expérience de traumatisme, histoire de fuite et intégration) doivent être abordés.

- › **évaluent les besoins de soins** : le prestataire de soins de santé doit considérer la maladie dans un contexte social plus large et non comme une préoccupation individuelle. Cela implique de différencier la guérison et le traitement, de partager les connaissances sur la santé et le bien-être et d'impliquer la famille et la communauté des patients dans les décisions médicales (Burgess, 204).

De plus, afin que les prestataires de soins de santé développent une plus grande compétence sur le plan culturel, il a été suggéré (Bernd, 2011) :

- › de connaître la langue, la culture et le groupe ethnique des patients ;
- › d'être conscient des stéréotypes culturels ;
- › d'éviter d'utiliser les familles des patients comme interprètes ;
- › de se familiariser avec les expressions de détresse culturellement spécifiques ;
- › de maintenir la confidentialité ;
- › d'éviter les tabous religieux et sociaux ;
- › d'utiliser des accompagnateurs de même sexe ;
- › d'autoriser des rituels culturellement spécifiques, par exemple, après la mort ;
- › de ne pas faire d'hypothèses.

Médecine préventive

Selon Sørensen et al. (2012) la prévention en matière de santé concerne les connaissances et les compétences des personnes pour répondre aux exigences complexes de la santé dans les sociétés modernes :

« La médecine préventive est liée à l'alphabétisation et implique les connaissances, la motivation et les compétences des gens pour accéder, comprendre, évaluer et appliquer des informations sur la santé afin de porter des jugements et de prendre des décisions dans la vie quotidienne concernant les soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie tout le long de son parcours. »

La littératie en santé est plus limitée chez les patients ayant un faible niveau de scolarité et chez les patients plus âgés, ainsi que chez les minorités ethniques et les migrants.

Selon Zanchetta et Poureslami (2006), la médecine préventive dans les communautés de nouveaux arrivants aux antécédents ethnoculturels divers est moins bien comprise par les professionnels de la santé comparativement à d'autres obstacles tels que les différences linguistiques et culturelles qui entravent l'accès aux services de santé et aux informations sur la santé qui sont à leur disposition.

Il est difficile d'aborder la littératie en santé par l'intermédiaire des services de santé (Lee, Arozullah et Cho, 2004 ; Nielsen Bohlman et al., 2004). Les interventions portant sur des facteurs tels que l'observance du traitement (Van Servellen et al., 2003, 2005), l'adoption de comportements préventifs tels que le dépistage et l'utilisation raisonnable d'antibiotiques (Stockwell et al., 2010), sont influencées par la médecine préventive. À cet égard, l'incorporation de compétences pour naviguer dans le système de santé a prouvé son efficacité (Soto-Mas et al., 2015 a, b; Yung-Mei et al., 2015).

D'un autre côté, une meilleure compréhension des capacités et des besoins des patients ayant une littératie en santé limitée est nécessaire afin d'élaborer des stratégies pour établir des moyens de communications avec ces derniers (Paashe-Orlow & Wolf, 2007). À cet égard, une meilleure compréhension des patients permettra aux prestataires de soins de santé et aux systèmes de répondre aux besoins de ceux ayant une littératie en santé limitée.



Veillez accéder à notre boîte à outils pour des outils supplémentaires liés aux problèmes de langue, de culture et de communication chez les migrants et les réfugiés sur le lien suivant: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=2&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0.



► Continuité de l'information

Les populations en mouvement ont des schémas de santé distincts, y compris plusieurs vulnérabilités, telles que les maladies transmissibles d'origine alimentaire et hydrique en raison des conditions de voyage difficiles et de la prévalence accrue des maladies évitables par la vaccination. Les migrants et les réfugiés gèrent souvent mal ou sont contraints d'éviter la gestion des maladies non transmissibles. Ils utilisent souvent des médicaments inappropriés qui peuvent accentuer le problème de la résistance microbienne et connaissent des problèmes de santé mentale en raison de traumatismes, de torture et de la migration. Tout ce qui précède peut entraîner une augmentation de la morbidité et de la mortalité dans une population déjà vulnérable.

Selon la Déclaration du HCR à New York, signée par 193 États membres lors du sommet des Nations Unies de septembre 2016, les États s'engagent à répondre aux besoins sanitaires des réfugiés et des migrants arrivant dans leur pays en se focalisant sur les vulnérabilités et les besoins de santé spécifiques rencontrés par les populations en mouvement, telles que la prévention, le traitement, l'éducation sanitaire de base et le soutien psychosocial visant à améliorer l'intégration et l'inclusion dans les sociétés d'accueil (Matlin et al., 2018).

Il est vrai que la capacité des systèmes de santé à répondre aux besoins de santé accrus des migrants et des réfugiés depuis 2015 a été remise en question. Une approche généralisée est nécessaire pour renforcer la santé publique et les systèmes de santé afin de répondre efficacement aux besoins sanitaires des migrants et des réfugiés. L'un des facteurs clés d'une prestation optimale des soins de santé est d'assurer la continuité des informations sur la santé, en garantissant ainsi que les antécédents médicaux des migrants-réfugiés arrivants en Europe sont disponibles pour les services tout au long de leurs parcours. Les détails du profil de santé des migrants et des réfugiés sont dans de nombreux cas indisponibles ou des documents pertinents sont manquants ou perdus. Des informations

sur les antécédents médicaux du patient, ses antécédents familiaux, les types de traitement, les vaccinations et les conseils reçus garantiront la continuité de la prestation des soins de santé. À cette fin, il est nécessaire d'adopter

un outil unifié qui sera utilisé pour faciliter l'évaluation de la santé et qui créera une ligne de communication entre les États et les différents services qui pourront retracer les antécédents médicaux de ces populations.

De cette façon, les données sur la santé seront disponibles dans d'autres pays d'Europe à mesure que les migrants et les réfugiés se déplaceront. De cette manière, leur intégration dans les systèmes de santé nationaux des pays d'accueil sera facilitée.

Étapes / exigences importantes pour le secteur des soins de santé

Le suivi de l'état de santé des réfugiés et des migrants, comme mentionné ci-dessus, est important pour maintenir et promouvoir leur propre santé ainsi que la santé publique des pays d'accueil. Compte tenu de la forte mobilité et de la diversité de ces populations, le dossier médical partagé électronique est suggéré comme un moyen important pour saisir les informations sur les antécédents médicaux et de les rendre disponibles pour divers milieux de santé tout au long du parcours du migrant et du réfugié. Le dossier médical partagé (DMP) a l'avantage d'être facilement accessible, à condition qu'il y ait un appareil portable et le logiciel approprié qui permettront aux professionnels de la santé d'accéder et de mettre à jour les informations pertinentes.

Le dossier médical partagé (DMP) contient toutes les données nécessaires sur la santé des réfugiés / migrants arrivant dans l'UE. Il donne donc aux professionnels de la santé la possibilité d'évaluer l'état de santé d'une personne et met cette information à la disposition d'autres professionnels évitant ainsi la duplication des efforts. Le contenu et l'utilisation de ces dossiers sont couverts par les exigences de la législation européenne sur la protection des données. Il est également important, avant d'utiliser le

DMP, d'explorer si cette méthode est acceptable par la population cible, et qu'une formation nécessaire a été dispensée aux professionnels de la santé concernant la bonne utilisation et la conformité avec les politiques et les exigences législatives existantes.

En obtenant des informations médicales personnelles qui seront disponibles pour d'autres professionnels, permettant ainsi la continuité des informations, tous les efforts doivent être faits pour recevoir un consentement écrit ou oral en expliquant le processus de collecte des données et son utilisation, d'autant plus que nous parlons de dossiers électroniques personnels de santé. Tous les principes éthiques doivent être respectés conformément aux normes et pratiques en vigueur (Bonomi, 2016).

Les dossiers de santé électroniques sont ainsi utilisés pour :

- › faciliter la collecte, le traitement et le transfert de données sur la santé entre les services de santé ;
- › soutenir la prise de décision clinique ;
- › suppléer la perte de documentation papier.



Veillez accéder à notre boîte à outils pour des outils supplémentaires liés à la « continuité de l'information » parmi les migrants et les réfugiés grâce au lien suivant: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=1&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0



► Santé mentale

Les migrants et les réfugiés venant en Europe ont souvent été confrontés à des expériences traumatisantes, telles que la guerre et la persécution dans leur pays d'origine. Les déplacements (y compris les déplacements forcés), les difficultés dans les pays de transit, les parcours dangereux, le manque d'informations, l'incertitude quant à l'avenir et l'hostilité dans les pays d'accueil ne sont que quelques-uns des facteurs supplémentaires à l'origine du stress. Ces types de situations nécessitent que les gens soient en mesure de s'adapter rapidement à de nouvelles situations alors qu'il est courant que les problèmes de santé sociale et mentale préexistants chez les migrants et les réfugiés sont exacerbés en raison des nouvelles conditions auxquelles ils sont confrontés dans les pays d'accueil. (Ventevogel et al., 2015).

Une étude réalisée en 2018 auprès de migrants et de réfugiés dans le cadre du projet Mig-HealthCare a examiné la prévalence de la maladie mentale chez les migrants et les réfugiés dans 10 pays européens. L'étude a révélé que 29,6 % des participants ont déclaré souffrir de maladies psychologiques, notamment la dépression, l'anxiété, l'inquiétude et le stress.

L'enquête a également généré un résultat SF-36 pour la santé mentale globale de chaque participant, avec des valeurs de 0 à 100, les résultats inférieurs indiquant une plus grande invalidité. Les chercheurs ont trouvé un résultat SF-36 moyen de santé mentale de 60,1 (ET 21,4) pour tous les participants, ce qui est inférieur aux résultats des populations de l'UE, qui sont supérieurs à 65. Cependant, ces résultats variaient considérablement selon le pays d'origine. Les résultats moyens de santé mentale les plus élevés ont été signalés chez les migrants du Nigéria (65,0) et de Syrie (64,2), et les plus bas ont été signalés chez les migrants d'Iran (50,6) et d'Afghanistan (51,0). Les résultats moyens variaient également selon le pays d'implantation actuel, les scores de santé mentale des réfugiés et

des migrants les plus élevés étant signalés en Suède (65,1) et en Italie (65,3), et les plus faibles à Chypre (53,6) et en Grèce (53,7).

D'autres études pertinentes montrent que :

- le taux de troubles de stress post-traumatique (TSPT) est plus élevé chez les réfugiés en raison des déplacements forcés ;
- les réfugiés qui vivent dans un pays d'accueil depuis plus de cinq ans sont plus susceptibles de souffrir de troubles dépressifs et anxieux que la population d'accueil ;
- les troubles mentaux sont plus fréquents chez les réfugiés de longue durée, car ils sont confrontés à des problèmes d'intégration sociale et d'emploi.

(Promotion de la santé mentale et soins de santé mentale chez les réfugiés et les migrants - Orientations techniques, 2018).

L'OMS décrit les facteurs de risque et les facteurs de stress suivants qui contribuent à la mauvaise santé mentale des migrants / réfugiés :

- avant le départ :
 - exposition à la guerre et à la persécution ;
 - difficultés économiques ;
- voyage et transit :
 - événements mettant la vie en danger ;
 - blessure physique ;
 - trafic d'êtres humains ;
- arrivée :
 - résider dans un pays destiné à être « pays de transit » ;
 - mauvaises conditions de vie ;
- Intégration :
 - mauvaises conditions de vie ;
 - difficultés d'acculturation - L'acculturation est définie comme l'adoption des habitudes culturelles, des coutumes et des comportements du pays d'accueil par l'individu, qui exerce un rôle important dans le changement d'attitudes concernant les problèmes de santé (Joshi et al., 2014) ;

- problèmes d'obtention de droits et détention ;
- isolement social et chômage ;
- éventualité d'un retour.

Étapes / exigences importantes pour le secteur des soins de santé

Les problèmes de santé mentale qui intéressent particulièrement les migrants / réfugiés sont les suivants :

- trouble de stress post-traumatique (TSPT) ;
- Insomnie ;
- stress culturel.

En termes de services de santé, l'OMS (2018) recommande :

- de promouvoir la santé mentale à travers l'intégration sociale ;
- de clarifier et partager les informations sur les droits aux soins ;
- de cartographier les services de proximité (ou mettre en place de nouveaux services si nécessaire) ;
- de mettre à disposition des services d'interprétation et / ou de médiation culturelle, notamment par le biais des technologies de l'information ;
- de travailler à l'intégration des soins mentaux, physiques et sociaux ;
- de veiller à ce que le personnel de santé mentale soit formé pour travailler avec les migrants.

En termes de planification et d'évaluation des services, qui sont cruciaux pour l'amélioration des soins de santé mentale fournis aux réfugiés et aux migrants, l'OMS (2018) formule deux recommandations principales :

- investir dans des études de recherche de suivi à long terme et des évaluations de services afin de mieux éclairer la planification et la prestation des services ;
- partager les principes de bonnes pratiques entre les pays.

(Promotion de la santé mentale et soins de santé mentale chez les réfu-

giés et les migrants - Orientations techniques, 2018).

L'Organisation internationale pour les migrations (OIM) a formulé 11 principes de pratique pour promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial (Ventevogel et al., 2015) :

- › traiter toutes les personnes avec dignité et respect et soutenir l'autonomie ;
- › répondre aux personnes en détresse de manière humaine et solidaire ;
- › fournir des informations sur les services, les soutiens et les droits et obligations juridiques ;
- › fournir une psychoéducation pertinente et utiliser un langage approprié ;
- › accorder la priorité à la protection et au soutien psychosocial des enfants, en particulier des enfants séparés, non accompagnés et ayant des besoins spéciaux ;
- › renforcer le soutien familial ;
- › identifier et protéger les personnes ayant des besoins spécifiques ;
- › rendre les interventions culturellement pertinentes et assurer une interprétation adéquate ;
- › fournir un traitement aux personnes souffrant de troubles mentaux graves ;
- › ne pas entamer de traitements psychothérapeutiques nécessitant un suivi, lorsque le suivi est peu probable ;
- › surveiller et gérer le bien-être du personnel et des bénévoles.



Veillez accéder à notre boîte à outils pour des outils supplémentaires liés à la gestion des problèmes de « santé mentale » chez les migrants et les réfugiés en cliquant sur le lien suivant : https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=5&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

► Vaccinations

Les migrants et les réfugiés sont exposés à des facteurs de risque importants de maladies transmissibles. Ils entreprennent de longs voyages fuyant des pays touchés par la guerre qui sont endémiques aux maladies liées à la pauvreté. Le service national de santé dans les pays d'origine est souvent perturbé en raison de la crise politico-économique et de l'instabilité. Il est important de préciser cependant que selon l'OMS, il y a peu de preuves d'une association entre les flux migratoires / de réfugiés et l'importation de maladies infectieuses¹. Le projet Mig-HealthCare apporte également la preuve que les migrants / réfugiés ne représentent pas une menace de maladie infectieuse dans les pays d'accueil - <https://mighealthcare.eu/e-library>

En 2016, l'OMS-HCR-UNICEF a déclaré que les migrants, les demandeurs d'asile et les réfugiés doivent avoir un accès « non discriminatoire et équitable » aux vaccinations et a recommandé de vacciner les migrants conformément aux programmes de vaccination du pays d'accueil². Plusieurs défis rendent généralement difficiles le suivi du respect des calendriers de vaccination des populations migrantes : 1) la circulation des migrants et des réfugiés entre les pays européens ; 2) le manque d'informations sur le statut vaccinal des migrants et des réfugiés ; 3) le refus d'enregistrement et de vaccination ; 4) l'accès limité aux services de dépistage ; 5) le manque de coordination entre les services de santé publique des pays voisins (Mipatrini et al., 2017).

Une étude réalisée en 2018 auprès de migrants et de réfugiés dans 10 pays d'Europe dans le cadre du projet Mig-HealthCare a démontré le

1. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migrationand-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292115>

2. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/news/news/2015/11/who,-unicef-and-unhcr-call-for-equitable-access-to-vaccines-for-refugees-and-migrants/who-unhcrunicef-joint-technical-guidance-general-principles-of-vaccination-of-refugees,-asylum-seekers-and-migrants-in-the-who-european-region>

taux alarmant de faible taux de vaccination parmi les populations de migrants et de réfugiés en Europe. Plus de 73 % des participants ont déclaré de pas avoir de carnet de vaccination. Très peu ont déclaré avoir reçu des vaccinations dans leur pays actuel ou dans le pays d'entrée dans l'UE (les valeurs varient de 6,9 % pour la grippe et de 21,3 % pour le tétanos).

Les chiffres de vaccination concernant huit maladies sont présentés dans le tableau 1.

Tableau1: couverture vaccinale des migrants et réfugiés adultes (dans pays actuel ou dans le pays d'entrée dans l'UE)

Maladie	% Je ne sais pas	% Non	% Oui	N*
Hépatite A	16.9	68.0	15.2	1,030
Hépatite B	14.9	67.4	17.7	1,024
Grippe	16.3	76.8	6.9	954
Rougeole	16.0	70.1	13.9	1,006
Pneumocoque (pneumonie)	16.3	70.9	14.8	1,008
Polio	15.7	69.5	14.8	1,003
Tuberculose	15.2	68.7	16.1	1,008
Tétanos	14.7	64.0	21.3	1,027

Source: Mig-HealthCare Survey, 2018.

Les maladies évitables par la vaccination qui présentent un intérêt particulier pour les migrants / réfugiés sont les suivantes :

L'hépatite B

Des études concernant la prévalence du VHB chez les migrants et les réfugiés ont montré une séroprévalence de l'infection active de 7,2 % et une séroprévalence globale (y compris les marqueurs d'une infection antérieure) de 39,7 % (Rossi, 2012). Le risque était plus élevé pour les migrants d'Asie de l'Est et d'Afrique subsaharienne. Une revue systématique a rapporté une prévalence de l'HBsAg chez les migrants allant de 1,0 à 15,4 %, 2 à 6 fois plus élevée que celle de la population générale (Hahne et al., 2013).

La rougeole, les oreillons et la rubéole

Des études ont montré des données insuffisantes sur les flambées de rougeole et la couverture vaccinale chez les migrants en Europe. La prévalence des individus séronégatifs chez les migrants variait entre 6 et 13 % ; les enfants étaient plus à risque de ne pas être vaccinés (Jablonka et al., 2016). Les enfants nés à l'étranger vivant en Allemagne avaient un risque 3 fois plus élevé d'être non vaccinés que les enfants nés en Allemagne (Poethko-Mulle et al., 2009). Concernant les oreillons, les séronégatifs étaient de 10,2 % parmi les réfugiés nouvellement arrivés en Allemagne (Jablonka et al., 2016). Des résultats similaires ont été signalés en Suède et au Royaume-Uni.

La poliomyélite

En Allemagne, moins de 15 % des enfants syriens réfugiés ont été vaccinés, tandis qu'en France, la couverture vaccinale des migrants infectés par le VIH était de 64,4 % (Bottcher et al., 2015; Mullaert et al., 2015).

Le tétanos

Des études ont montré un taux de couverture vaccinale plus faible chez les migrants que chez les personnes nées dans l'UE. En Suisse, seulement 27 % des enfants migrants nouvellement arrivés avaient des anticorps contre la diphtérie-tétanos-coqueluche (de la Fuente et al., 2013).

La diphtérie

En France, un taux de séroprévalence de 69 % des anticorps contre la diphtérie a été constaté chez les migrants infectés par le VIH (Mullaert et al., 2015).

La varicelle

Des études en Allemagne ont montré que 3,3 % des demandeurs d'asile nouvellement arrivés en 2016 étaient séronégatifs pour les IgG contre le virus de la varicelle (de Valliere et al., 2011).

Étapes / exigences importantes pour le secteur des soins de santé

La prestation des soins de santé dans les centres d'accueil des migrants et réfugiés nouvellement arrivés doit être globale, intégrée et centrée sur la personne. Les mesures visant à réduire le risque de maladies transmissibles comprennent la mise en œuvre de la prévention et de la gestion de la santé. L'accès à la vaccination est d'une importance primordiale. Les vaccinations pour les migrants et les réfugiés doivent être envisagées conformément aux directives nationales. Des registres de vaccination doivent être fournis aux migrants et aux réfugiés, en particulier lorsqu'ils se déplacent d'un pays à l'autre.

Selon l'ECDC et l'OMS, les vaccinations pour les migrants et les réfugiés peuvent inclure :

- › la rougeole- les oreillons- la rubéole pour les enfants ≤ 15 ans ;
- › la poliomyélite pour les enfants et les adultes originaires de pays à haut risque ;
- › la méningococcie (vaccins tétravalents contre les sérogroupes méningococciques A, C, W-135 et Y ou contre les sérogroupes A et / ou C) ;
- › le Tétanos-la coqueluche-la diphtérie ;
- › la grippe, selon la saison (Bradby et al., 2015).

Pour surmonter les obstacles à la vaccination, l'OMS propose :

- › des services de vaccination sur mesure ;
- › de renforcer la communication vers des groupes de population spécifiques.

Spécifiquement pour les migrants et les réfugiés, les campagnes de communication sont considérées comme importantes et doivent promouvoir les avantages des vaccinations en utilisant des méthodes adaptées aux besoins du groupe cible. Il est également essentiel de garantir l'absence de conséquences juridiques pour les migrants et les réfugiés qui souhaitent se faire vacciner mais qui n'ont pas de documentation concernant leur statut juridique.

Selon l'ECDC (2018), le statut vaccinal des migrants et des réfugiés arrivant en Europe doivent être évalué en premier lieu sur la base de la documentation existante. Si de tels documents ne sont pas disponibles, les migrants doivent être considérés comme non vaccinés et vaccinés conformément aux calendriers de vaccination du pays hôte.



Veillez accéder à notre boîte à outils pour des outils supplémentaires liés à la « vaccination » parmi les migrants et les réfugiés grâce au lien suivant : https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=6&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

► Santé maternelle et infantile

Les femmes représentent environ 52 % de la population migrante (OIM, 2017). En conséquence, les soins de santé maternelle sont un problème important dans la prestation de soins de santé aux migrants.

La plupart des recherches montrent de moins bons résultats en matière de santé maternelle et néonatale pour les migrants et les réfugiés par rapport à leurs populations d'accueil respectives.

Les femmes migrantes sont généralement confrontées à de moins bons résultats de grossesse par rapport aux femmes autochtones, comme en témoigne l'incidence plus élevée d'avortements provoqués, de césariennes, d'accouchements instrumentaux et d'autres complications chez les migrants (Keyneart et al., 2016). En outre, les femmes migrantes sont confrontées à une incidence plus élevée de dépression post-partum. Bien que ces résultats varient selon les différents groupes de migrants et entre les pays d'accueil et à l'intérieur de ceux-ci (OMS, 2018), il a été constaté que les femmes migrantes nouvellement arrivées, en particulier si elles se trouvent à leur dernier stade de grossesse ou ont un statut juridique incertain, sont particulièrement susceptibles d'être confrontées à des résultats négatifs (Gissler et al., 2010; Hayes, Enohumah & McCaul, 2011). Selon une méta-analyse de 2014, les femmes migrantes dans les pays d'Europe occidentale sont deux fois plus susceptibles de mourir pendant ou peu de temps après la grossesse (Pedersen et al., 2014).

Outre l'augmentation de la mortalité et de la morbidité maternelles chez les femmes migrantes, l'OMS (2018) a identifié une tendance marquée à l'aggravation des indicateurs liés à la grossesse chez les migrantes. Bien que ces facteurs varient selon le pays hôte, le pays d'origine et le résultat, ils comprennent :

- une mauvaise santé mentale, comme la dépression post-partum ;
- une morbidité et mortalité périnatales et néonatales (par exemple

la mortalité, la naissance prématurée et les anomalies congénitales) ;

- › une qualité de soins sous-optimale.

Ce profil de risque plus élevé de complications de santé maternelle peut être le résultat de différents facteurs contributifs, tels que culturels, biologiques, socio-économiques ou liés au parcours de la migrante. Cependant, des études ont noté qu'une part substantielle de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité chez les femmes migrantes est due à des facteurs de santé sous-optimaux dans les pays d'accueil respectifs (Van den Akker, 2016; Keynaert et al., 2016) :

- › l'accès et recours aux soins prénatals ;
- › la qualité des services offerts, y compris la capacité des services de santé à répondre à divers patients ;
- › l'accès et la compréhensibilité des systèmes de santé.

En général, le risque le plus élevé de subir des facteurs de santé sous-optimaux a été observé parmi les groupes de migrants les plus récents, le plus souvent de nationalité non européenne (Almeida, 2013 ; Pedersen et al., 2014 ; Grech, Tratnik et Pisani, 2016).

Étapes / exigences importantes pour le secteur des soins de santé

L'OMS évoque certains problèmes particulièrement problématiques pour les femmes réfugiées et migrantes. Ceux-ci incluent mais ne sont pas limités à :

- › se sentir compris et soutenu par les prestataires de soins de santé et pouvoir s'engager activement avec eux ;
- › savoir comment se procurer de bons renseignements sur la santé, pouvoir les lire et les comprendre suffisamment pour une gestion active de la santé personnelle ;
- › avoir un soutien social pour leur santé ; et
- › comprendre le système de santé pour y naviguer.

Recommandations :

- › utiliser des activités et du matériel d'information sur la santé en langage simple tels que des ateliers, des brochures et des campagnes de publicité avec un contenu sur les soins de santé maternelle et les risques pour la santé correspondants qui sont appropriés sur le plan socioculturel (à la fois prénatal et postnatal) ;
- › développer un contenu d'information dans la langue maternelle du groupe cible sur les signes avant-coureurs de la grossesse et la navigation dans le système de santé, tout en fournissant un soutien social pendant les soins prénatals ;
- › partager la responsabilité d'augmenter la médecine préventive des femmes migrantes et réfugiées entre les parties prenantes, y compris les agences gouvernementales, les établissements de soins de santé et les praticiens, les éducateurs et les organisations communautaires et religieuses ;
- › mettre en œuvre ou soutenir des initiatives qui associent des femmes migrantes enceintes à des femmes issues de milieux similaires ayant déjà vécu un accouchement dans la société d'accueil respective.

La prestation de soins de qualité aux femmes migrantes et réfugiées a souvent été compromise en raison des barrières linguistiques, des différences culturelles (par exemple, le sexe du praticien de la santé) et des différences dans les conceptions de la maternité, de la santé, des attentes en matière de soins de santé, etc. (Almeida, 2013; OMS, 2018). Voici quelques recommandations pour faire face à cette population particulièrement vulnérable :

- › rendre les processus de dépistage pendant la grossesse accessibles à tous ;
- › adopter un modèle de soins centré sur la personne qui implique la même qualité de soins pour toutes les femmes enceintes (par exemple, rapidité, information, respect, diagnostics suffisants, gestion et transport adéquats), quel que soit le statut migratoire. Ce modèle se doit également d'être sensible à la diversité ;
- › orienter les femmes réfugiées et migrantes vers un niveau de soins plus élevé, si une évaluation des risques suggère qu'elles devraient être dépistées pour la tuberculose, la pré-éclampsie et pour l'âge gestationnel des fœtus ;

- › utiliser des interprètes professionnels et des médiateurs culturels au besoin, plutôt que des membres de la famille, afin de faciliter la communication entre le personnel médical et les femmes réfugiées et migrantes. Considérer les sessions téléphoniques comme une alternative rentable lorsque les services d'interprétation sur place ne sont pas une option.

► Promotion de la santé

Boîte à outils

Veillez accéder à notre boîte à outils pour des outils supplémentaires liés à la « Santé maternelle et infantile » parmi les migrants et les réfugiés grâce au lien suivant : https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=7&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

La santé est considérée comme un besoin humain fondamental et un droit humain (OMS, 2017). La promotion de la santé telle que définie dans la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) est « le processus permettant aux gens de mieux contrôler et d'améliorer leur santé ». La santé est considérée comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme un objectif de vie.

Ce n'est pas toujours le cas en ce qui concerne les migrants / réfugiés. Il existe un certain nombre de cas montrant les conditions inhumaines qui existent dans les centres d'accueil et les camps, en particulier dans les premiers pays d'entrée (Agier et al., 2018).

En général, les migrants venant d'arriver en Europe et pendant leur période de résidence préliminaire dans un pays d'accueil, sont en relativement bonne santé. Cette condition, appelée effet migrant en bonne santé, peut être largement expliquée par le fait de la sélection sociale et du dépistage par l'État (Constant, Garcia- Muñoz, Neuman et Neuman, 2018). Souvent, les membres les plus sains et les plus jeunes d'une société choisissent ou disposent des ressources nécessaires pour entreprendre le voyage dangereux des migrants en provenance d'Afrique, de Syrie, d'Afghanistan et d'autres pays en proie à des conflits. Cependant, il est également vrai que leur état de santé risque de se détériorer après leur arrivée en raison des mauvaises conditions de logement et de vie, qui sont des déterminants majeurs de la santé. Des travaux récents sur l'éthique mondiale de la santé publique ont fait valoir que la santé des migrants peut être considérée comme un bien public mondial (Widdows et Marway, 2015). Cela ajoute un poids supplémentaire aux arguments humanitaires (Wild et Dawson, 2018) selon lesquels il est vital de protéger et de promouvoir la santé des migrants pour le bien collectif de toute la société.

Les enjeux majeurs liés à la promotion de la santé chez les migrants et les réfugiés comprennent le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein, le dépistage du cancer colorectal, le tabagisme, les problèmes liés à la nutrition et à l'activité physique.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus répandu dans le monde, tandis que le cancer du col de l'utérus est le cancer féminin le plus courant chez les femmes des pays développés (OMS, 2017). Le dépistage du cancer du sein est effectué avec l'utilisation de la mammographie chez les femmes âgées de 50 à 64 ans combinée à un auto-examen mensuel effectué par la patiente elle-même, sauf s'il existe d'autres facteurs de risque spécifiques qui exposent une femme à un risque plus élevé de cancer du sein, comme les antécédents familiaux (Perry et al., 2008). Le dépistage du cancer du col de l'utérus au niveau de la population est effectué à l'aide de la cytologie pour la détection des lésions dans un échantillon de frottis cervical ciblant les femmes âgées de 25 à 65 ans. (Lignes directrices européennes pour l'assurance qualité dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, 2008). Il a été démontré que les différences culturelles et religieuses dans les populations immigrées ainsi que les difficultés linguistiques et l'insatisfaction des systèmes de santé expliquent une participation plus faible aux activités organisées de dépistage du cancer du col de l'utérus (Rosano et al., 2017).

Il est nécessaire d'aborder le dépistage du cancer au niveau communautaire par le biais de services culturellement et linguistiquement adaptés et de sensibiliser à la prévention des cancers, tels que le cancer du col de l'utérus et du sein.

Les résultats de l'enquête Mig-Healthcare 2018, menée dans 10 pays européens, suggèrent que le taux de dépistage du cancer chez les réfugiés et les migrants est faible. Seulement 5,1 % des participants ont déclaré avoir subi une coloscopie. Parmi les participantes de cette étude, 20,4 % avaient déjà subi un test Pap et 12,8 % une mammographie.

Le dépistage du cancer colorectal

Le cancer colorectal a coûté la vie à 154 000 personnes dans les 28 pays de l'UE en 2015, ce qui correspond à 11,7 % de tous les décès par cancer et à 3,0 % du nombre total de décès toutes causes confondues. Parmi les décès toutes causes confondues, 3,3 % concernaient des hommes et 2,6 % des femmes (EUROSTAT, 2018).

La perception qu'ont les populations migrantes et réfugiées du cancer colorectal suggère que ces dernières n'accordent pas la même attention sur l'éventuel risque de ce cancer par rapport à la population locale. Par conséquent, leur participation au dépistage du cancer colorectal (avec tout test de dépistage) est très faible, ce qui conduit dans de nombreux cas à un diagnostic de cancer du côlon à un stade ultérieur (Punzo et Rosano, 2018). Cependant, les données montrent que l'incidence du cancer colorectal chez les immigrants récents dans un pays d'accueil est inférieure à l'incidence dans la population locale, probablement imputable au facteur d'« immigrants en bonne santé ». Cependant, cette tendance diminue avec le temps. On estime que 10 ans après leur installation dans le pays d'accueil, les immigrants adoptent le profil de risque de cancer du pays d'accueil.

Par conséquent, il est nécessaire d'aborder la question de la participation des réfugiés et des migrants au dépistage du cancer colorectal par le biais d'outils et d'interventions liés à une meilleure santé (Shuldiner et al., 2018).

Alcool

Des préoccupations ont été exprimées au sujet de la consommation d'alcool dangereuse et nocive parmi les populations qui ont été forcées de quitter leur domicile en raison de conflits armés, de violations des droits de l'homme et de persécutions (Johnson 1996; De Jong et al., 2002; UNHCR/WHO, 2008). Des résultats récents suggèrent que les estimations de prévalence les plus élevées de consommation dangereuse / nocive d'alcool allaient de 17 % à 36 % dans les camps et de 4 % à 7 % dans les communautés parmi les réfugiés, les personnes déplacées et les demandeurs d'asile. (Horyniak et al., 2016). La réinstallation entraîne généralement une détérioration des conditions de vie, l'appauvrissement, la perte de la famille, des amis, des biens, des moyens de subsistance et de l'estime de soi. Tout cela s'ajoutant à un manque de soutien culturel et social (Miller 2004; Porter & Haslam, 2005). Un stress et une anxiété excessifs peuvent entraîner des troubles de stress post-traumatique (TSPT) et une dépression, qui détériorent davantage l'état mental, augmentant ainsi le risque de consommation d'alcool. (Kozaric-Kovacic, Ljubin & Grappe, 2000).

Dans les camps de réfugiés, il est essentiel de reconnaître l'existence de problèmes liés aux substances. En outre, la disponibilité et l'accès aux services de traitement pour les populations déplacées constituent un autre problème difficile. Les réfugiés peuvent ne pas être autorisés à utiliser les services de traitement locaux, les services peuvent être coûteux ou les réfugiés peuvent ne pas avoir accès aux services hors des camps. Les différences culturelles et linguistiques ajoutent une complexité supplémentaire à cette situation.

Les interventions visant à réduire au minimum la consommation nocive d'alcool et d'autres substances psychoactives peuvent entraîner des changements positifs, mais doivent être adaptées aux besoins spécifiques de chaque milieu.

Il est essentiel d'effectuer des évaluations rapides avec des outils appropriés, de comprendre la situation, de créer un partenariat avec les travailleurs et les réfugiés et d'avoir une approche inclusive.

Tabagisme

Peu de preuves sont disponibles concernant la consommation de tabac et de substances, en particulier chez les migrants / réfugiés en Europe. D'après les preuves disponibles, contrairement aux taux comparativement plus faibles de toxicomanie chez les migrants et les réfugiés, les niveaux de tabagisme chez les hommes migrants étaient plus élevés, comme le montrent les études menées en France et en Finlande (Khlal et Guillot, 2017; Salama et al., 2018; OMS, 2018). Plus précisément, les hommes migrants vivant dans ces deux pays présentaient des taux de tabagisme nettement plus élevés que ceux des femmes migrantes des mêmes pays d'origine et que ceux des non-migrants.

Les comportements de santé des populations migrantes et réfugiées, y compris le tabagisme, sont principalement déterminés par le lieu d'origine, le contexte culturel, le sexe et l'âge (Salama et al., 2018). L'acculturation est un facteur important influençant la prévalence et la fréquence du tabagisme chez différentes personnes. Une étude évaluant les changements liés à la migration du tabagisme, a démontré la faible prévalence pré-migration et la diversité des trajectoires post-migration, suggérant que les

programmes de lutte antitabac ciblant les migrants récemment arrivés contribueraient à prévenir une assimilation néfaste pour leur santé (Khlal et al., 2018). Une autre étude sur le comportement tabagique des immigrants turcs a montré, qu'au fil du temps, ces derniers adaptaient leur comportement à celui de la population majoritaire néerlandaise / allemande. (Reiss, Lehnhardt & Razum, 2015). Le nouvel environnement joue donc un rôle clé dans l'amélioration ou la détérioration de la santé et du bien-être globaux des populations migrantes.

Peu de programmes se concentrent sur la prévention et l'arrêt du tabagisme chez les populations migrantes et réfugiées. Selon une étude sur les comportements tabagiques des migrants en Autriche, les différences interculturelles existantes des personnes avec ou sans origine migratoire définissent les attitudes par rapport au tabagisme, les comportements addictifs et les préférences concernant les programmes de sevrage (Urban et al., 2015).

En raison des différences entre les antécédents culturels, la langue et les attitudes, Il existe une forte demande de programmes de prévention et de sevrage sur mesure qui doivent être mis en place.

Nutrition

Il existe divers problèmes liés à une alimentation saine qui sont importants pour les migrants / réfugiés, notamment la malnutrition, la dénutrition et l'insécurité alimentaire, ainsi que les carences en vitamines A, D et B12, l'anémie, la carence en fer et l'obésité.

Insécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire est définie par le Département de l'agriculture des États-Unis (USDA) comme une situation de « disponibilité limitée ou incertaine d'aliments nutritionnellement adéquats et sûrs ou de capacité limitée ou incertaine d'acquérir des aliments acceptables de manière socialement acceptable ».

Des niveaux élevés d'insécurité alimentaire sont enregistrés parmi les réfugiés réinstallés pour diverses raisons, notamment une faible maîtrise de la langue et des compétences professionnelles limitées (Gunell et al., 2015), ainsi que des difficultés d'adaptation au nouveau pays (FAO et OPM, 2018).

Malnutrition - dénutrition (émaciation, retard de croissance, insuffisance pondérale)

La malnutrition sous toutes ses formes, en particulier la malnutrition en micronutriments et la sous-nutrition sont d'une importance majeure en ce qui concerne la santé des réfugiés. Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) reconnaît la malnutrition non seulement comme une condition physiologique, mais aussi comme une question de droits de l'homme (HCR / PAM, 2006). Les causes de la malnutrition comprennent divers facteurs interdépendants tels que la maladie, les mauvaises pratiques de soins, les mauvaises conditions environnementales, ainsi que le manque d'accès et de disponibilité d'aliments nutritifs (HCR, 2011). Les enfants réfugiés et migrants ont tendance à être plus sujets aux problèmes de santé liés à l'alimentation, la malnutrition comme le surpoids / l'obésité (OMS, 2018c).

La malnutrition et les carences en micronutriments peuvent avoir un impact négatif sur l'avenir des enfants réfugiés. Il est donc important de dépister ces conditions et d'effectuer un suivi à court et à long terme afin de minimiser les effets néfastes potentiels sur la santé (HCR, 2019a, 2019b). Une attention particulière devrait également être accordée à l'allaitement, car l'allaitement contribue à prévenir la malnutrition, certaines maladies et la mortalité chez les nourrissons et les jeunes enfants. Le HCR a élaboré une politique concernant l'acceptation, la distribution et l'utilisation des produits laitiers dans les zones de réfugiés, afin de protéger et de promouvoir l'allaitement maternel (HCR, 2006). Selon les rapports de surveillance de la nutrition de l'Organisation internationale pour la migration effectués en 2013, évaluant 9063 enfants réfugiés âgés de 6 à 59 mois (12 % de tous les réfugiés examinés en 2013), une prévalence moyenne d'émaciation (5,3 %), une faible prévalence de retard de croissance (17,6 %) et une faible prévalence d'insuffisance pondérale (8,3 %) ont été détectées.

Selon une étude pilote qui a examiné 192 enfants âgés de 1 à 18 ans dans deux centres de réfugiés dans le nord de la Grèce, 7,8 % des enfants souffraient d'insuffisance pondérale, 4,6 % d'émaciation, 7,3 % de retard de croissance et 13 % souffraient d'au moins une forme de malnutrition. Les filles sont plus touchées par la malnutrition que les garçons. De plus, en ce qui concerne les adolescents, 21,7 % des filles et 10 % des garçons ont connu au moins une forme de malnutrition (Grammatikopoulou et al., 2019).

Carence en vitamine A, D et B12

Les carences en vitamine A et D sont courantes chez les immigrants et les réfugiés, atteignant jusqu'à 80 % (Benson et al., 2007; Lips & de Jongh, 2018 ; Chaudhry et al., 2018 ; Seal et al., 2005 ; Beukeboom & Arya, 2018). De plus, une grave carence en vitamine D (25-hydroxyvitamine D sérique <25 nmol / l) peut survenir chez près de la moitié des enfants et des adultes d'origine non occidentale. Divers facteurs contribuent au développement d'une carence en vitamine D, notamment une exposition insuffisante au soleil, une peau plus pigmentée, le port de vêtements couvrant la peau pour des raisons religieuses ou culturelles, etc. (Benson et al., 2007 ; Lips & de Jongh, 2018 ; Chaudhry et al., 2018).

Une carence en vitamine B12 est également courante chez les réfugiés. Cette carence est principalement attribuée à la faible consommation d'aliments d'origine animale et à des parasites intestinaux comme la bactérie *Helicobacter pylori* (Benson et al., 2015 ; Beukeboom & Arya, 2018).

Anémie et carence en fer

L'anémie ferriprive survient plus souvent chez les femmes et les enfants migrants (Redditt et al., 2015 ; Beukeboom & Arya, 2018). Selon le pays d'origine des migrants, les taux d'anémie variaient de 12 % à 55 % (Tanaka et al., 2018 ; Pavlopoulou et al., 2017 ; McCarthy et al., 2013 ; Raman et al., 2009 ; Hayes et al., 1998). Selon une étude récente menée dans une clinique externe pour migrants, 13,7 % de tous les enfants immigrants et réfugiés (15,2 % des immigrants et 12,3 % des enfants réfugiés) souffraient d'anémie. De plus, de faibles niveaux de ferritine ont été observés dans 17,3 % de l'échantillon global (Pavlopoulou et al., 2017).

Obésité

Les migrants sont très susceptibles d'arriver dans de nouveaux pays avec un poids corporel sain. En raison des facteurs socio-économiques et du stress, ainsi que de l'exposition à des régimes alimentaires différents, les migrants et les réfugiés semblent avoir un risque d'obésité plus élevé que les populations d'accueil, environ 10 à 15 ans après la migration (OMS, 2018 ; Murphy et al., 2017). Une prévention et une éducation précoces concernant une alimentation saine sont importantes pour arrêter la propagation de l'épidémie d'obésité parmi les migrants et les réfugiés. Les activités visant à promouvoir un poids santé chez les populations de mi-

grants / réfugiés doivent être un service de routine fourni au niveau des soins de santé communautaires.

Activité physique

Les niveaux d'activité physique chez les migrants / réfugiés sont inférieurs à ceux des populations non immigrées et ils sont associés à des inégalités de santé accrues (Ainsworth, 2000 ; Sternfeld, Sternfeld, Ainsworth & Quesenberry, 1999 ; Gadd et al., 2005 ; Wieland et al., 2013 ; Fischbacher, Hunt & Alexander 2004 ; Williams, Stamatakis, Chandola & Hamer, 2011).

Les barrières perçues par les migrants et les réfugiés comprennent les différences culturelles, le manque de familiarité et le manque de confort dans la pratique d'activités physiques, ainsi que le fait de ne pas croire aux bienfaits de l'activité physique pour la santé (Koshoedo, Simkhada & van Teijlingen, 2015 ; Koshoedo, Paul-Ebhohimhen, Jepson & Watson, 2015 ; Devlin et al., 2012 ; Wieland et al., 2013).

Étapes / exigences importantes pour le secteur des soins de santé

Récemment, l'OMS a proposé 8 principes directeurs afin d'encadrer la promotion de la santé des migrants (OMS, 2017). Ceux-ci incluent :

- le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible ;³

3. Ce droit est inscrit dans de nombreux accords et traités internationaux, par exemple le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) ; comme déclaré dans le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. En outre, les articles 2.2 et 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels reconnaissent le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible sans discrimination d'aucune sorte quant à la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou autre, l'origine nationale ou sociale, la propriété, la naissance ou autre statut ; résolutions de statut ; résolutions WHA61.17 (2008) et WHA70.15 sur la promotion de la santé des réfugiés et des migrants. La convention datant de 1975 (no 143) sur les travailleurs migrants (dispositions complémentaires), prévoit que les travailleurs migrants doivent jouir des mêmes droits en matière de sécurité et de santé au travail que tout autre travailleur. Consultez le Cadre de priorités et principes directeurs pour promouvoir la santé des réfugiés et des migrants http://www.who.int/migrants/about/framework_refugees-migrants.pdf

- l'égalité et la non-discrimination ;
- l'accès équitable aux services de santé ;
- des systèmes de santé centrés sur la personne et sensibles aux réfugiés / migrants et au genre ;
- les pratiques de santé non restrictives basées sur les conditions de santé ;
- les approches pangouvernementales et pansociétales ;
- la participation et inclusion sociale des réfugiés et des migrants ;
- le partenariat et la coopération.

Une récente revue rapide de la promotion de la santé (Laverack, 2018) a analysé différentes stratégies qui ont été utilisées avec les migrants. Ces dernières peuvent être divisées comme suit :

- a) des stratégies et interventions générales non spécifiques fondées sur les principes universels de promotion de la santé ;
- b) des interventions sur mesure pour des groupes de migrants spécifiques et pour résoudre des problèmes spécifiques de santé et de prévention.

Les stratégies complémentaires comprennent la médecine préventive, l'éducation et les modèles d'éducation à la santé communautaire, dans lesquels les membres de la communauté des migrants maintenant établis dans le pays d'accueil peuvent jouer un rôle clé en tant qu'interprètes linguistiques et médiateurs culturels. En général, les interventions sur mesure, en particulier celles engagées avec les organisations communautaires utilisant des messages et des méthodes culturellement appropriés, étaient probablement plus efficaces que les programmes non spécifiques.



Le lien suivant vous permettra d'accéder à notre boîte à outils pour des exemples d'outils utilisés avec les migrants / réfugiés concernant la « promotion de la santé » et plus spécifiquement d'une consommation mesurée d'alcool et de la prévention du tabagisme , la promotion d'une alimentation saine et la promotion du dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=8&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

► Santé bucco-dentaire - Soins dentairese

L'OMS définit la santé bucco-dentaire comme «un état exempt de douleurs buccales et faciales chroniques, de cancer de la bouche et de la gorge, d'infection buccale et de plaies, de maladie parodontale (gencive), de carie dentaire, de perte de dents et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité d'un individu à mordre, mâcher, sourire, parler et détériorent son bien-être psychosocial »(OMS, 2003).

L'enquête Mig-HealthCare a montré que les problèmes de santé chroniques les plus fréquents auxquels sont confrontés les migrants / réfugiés sont les caries (36,2 %), tandis que les problèmes de santé les plus fréquemment jugés importants par les migrants sont les problèmes dentaires (51 %).

En outre, diverses études scientifiques ont montré que les problèmes dentaires présentent comparativement des taux de prévalence élevés chez les migrants, en particulier les enfants migrants. En général, on sait peu de choses sur la santé dentaire des migrants ainsi que sur leur comportement en matière de santé bucco-dentaire, en particulier dans la population adulte.

Les études menées à ce jour montrent que :

- › la prévalence des caries chez les enfants nés de parents migrants est plus élevée que chez les enfants non issus de l'immigration ;
- › les enfants migrants sont plus souvent touchés par la gingivite et moins susceptibles de demander un traitement orthodontique ou des conseils par rapport aux autres enfants du même groupe d'âge ;
- › il existe un lien étroit entre l'origine des migrants et le recours à des examens dentaires réguliers, même indépendamment du statut socioéconomique et démographique ainsi que du lieu de résidence

et de l'assurance maladie. Il a été démontré que les migrants particulièrement jeunes (entre 18 et 29 ans) utilisent moins les soins dentaires préventifs et les contrôles réguliers que les non-migrants (Erdsiek, Dorothee Wauray et Patrick Brzoska, 2017 ; Arabi, Reissmann et al., 2018).

Étapes / exigences importantes pour le secteur des soins de santé

À mesure que les migrants / réfugiés s'intègrent dans les communautés d'accueil européennes, le besoin de soins de santé bucco-dentaire augmentera et la pression sur les services de soins dentaires à travers l'UE augmentera considérablement.

Dans une enquête auprès des réfugiés et des migrants réalisée dans le cadre du projet Mig-HealthCare dans 10 pays de l'UE, 17,4 % des migrants considéraient leur état dentaire comme mauvais et 26,6 % comme passable. Au total, 27,3 % avaient consulté un dentiste au cours de la dernière année, tandis que 23,7 % n'avaient jamais visité un dentiste ou une clinique dentaire de leur vie. Dans l'ensemble, 10,4 % ont déclaré ne pas se brosser les dents quotidiennement et 29,4 % des migrants interrogés ne savaient pas où aller au cas où ils auraient besoin d'un dentiste.

Les données sur l'état de santé et l'utilisation des soins bucco-dentaires sont encore rares, mais il est clair que certains groupes de migrants vulnérables, en particulier les réfugiés / demandeurs d'asile, n'ont pas ou ont un accès légal limité à des soins bucco-dentaires complets. L'assouplissement des barrières d'accès au système de soins et l'expansion de programmes spécifiques de prophylaxie et d'intervention pour la population migrante sont nécessaires pour une amélioration à long terme de la santé bucco-dentaire. Outre les obstacles juridiques, il existe des facteurs socioéconomiques (chômage et / ou revenu réduit par rapport à la charge financière élevée associée aux soins dentaires) limitant l'accès des migrants à des soins bucco-dentaires adéquats. Il est crucial de mettre en œuvre des outils de suivi efficaces pour piloter les futurs programmes de prévention ciblés.

Il est recommandé pour les migrants / réfugiés :

- › de surveiller l'état de santé bucco-dentaire pour identifier les problèmes de santé communautaire ;
- › de diagnostiquer et analyser les risques pour la santé bucco-dentaire dans la communauté ;
- › d'informer et d'éduquer la population cible à travers des campagnes d'éducation sanitaire, du matériel d'information ciblé et adapté à la culture, la participation des médias, des groupes communautaires, des partenariats, etc. ;
- › de plaider pour promouvoir les changements de politiques et de lois et leur application ;
- › d'organiser des formations en santé bucco-dentaire communautaire, d'envisager la répartition géographique des professionnels et de suivre les activités.

En outre, l'OMS souligne l'importance de promouvoir des environnements sains tels que des villes saines, des lieux de travail sains et des écoles promouvant la santé afin de créer des environnements de soutien complets pour promouvoir la santé bucco-dentaire chez les migrants et les réfugiés.



Veillez accéder à notre boîte à outils pour des outils supplémentaires liés à la gestion des problèmes de « santé orale / dentaire » chez les migrants et les réfugiés en cliquant sur le lien suivant : https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=9&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0



► Maladies non transmissibles et affections chroniques

Les maladies non transmissibles (MNT) chez les migrants et les réfugiés nouvellement arrivés sont plus faibles par rapport à la population locale, cependant la prévalence et l'incidence des MNT augmente au fur et à mesure du séjour dans le pays d'accueil (OMS, 2018).

Au contraire, les réfugiés et les migrants qui souffrent déjà de MNT sont plus vulnérables au stress causé par le voyage migratoire et sont plus sujets aux complications de la maladie, en raison de conditions défavorables et de l'impossibilité d'accéder à des soins de santé appropriés.

La Croix-Rouge internationale estime que les personnes qui vivent dans des situations de crise ou d'urgence connaissent des complications aiguës deux à trois fois plus élevées liées à des problèmes de santé préexistants (IRC, 2018).

Les MNT spécifiques d'un intérêt particulier pour ce groupe comprennent le diabète, l'obésité et le cancer.

Selon l'OMS, le voyage des réfugiés et des migrants peut augmenter les symptômes ou provoquer une détérioration potentiellement mortelle chez les personnes souffrant de MNT. Les personnes vulnérables, telles que les personnes âgées et les enfants, sont pour la plupart à risque.

Les complications chez les migrants / réfugiés souffrant de MNT selon l'OMS (2018) peuvent être le résultat de :

- › blessures physiques : des facteurs tels que les infections secondaires et un mauvais contrôle de la glycémie, compromettent la gestion des blessures traumatiques aiguës ;
- › déplacement forcé : perte d'accès aux médicaments ou aux appa-

- reils, perte d'ordonnances, manque d'accès aux services de santé entraînant une prolongation de l'interruption du traitement ;
- › dégradation des conditions de vie : perte de domicile, pénurie d'eau et de nourriture régulière et manque de revenus s'ajoutent à la tension physique et psychologique ; interruption des soins : en raison de la destruction des infrastructures de santé, de la rupture des fournitures médicales et de l'absence de prestataires de soins de santé tués, blessés ou incapables de reprendre le travail ; et
- › interruption de l'alimentation électrique ou de l'eau potable, avec des conséquences potentiellement mortelles, en particulier pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale terminale qui nécessitent une dialyse.

À mesure que la prévalence des MNT augmente, les coûts liés aux soins de santé nécessaires pour traiter les effets néfastes augmenteront, ce qui devrait être plus évident parmi les groupes vulnérables, tels que les migrants et les réfugiés. Étant donné que les MNT sont chroniques, à mesure que l'espérance de vie augmente, la durée des dépenses connexes devrait durer un nombre substantiel d'années, ce qui s'avère, dans les situations de pénurie financière, être une charge insupportable. En particulier dans le cas des groupes vulnérables, ces coûts ne peuvent être pris en charge que par les prestataires de soins de santé et d'assurance publics, alors qu'il existe en effet des moyens plus efficaces de prévention des maladies qui entraînent la dépense de ces coûts élevés (EU Aging Report 2015).

Étapes / exigences importantes pour le secteur des soins de santé

Selon l'OMS (2018), il existe des normes minimales de soins pour répondre aux besoins des réfugiés et des migrants atteints de MNT. Plus précisément, elles comprennent :

- › l'identification des personnes atteintes de MNT pour garantir un accès continu au traitement qu'elles recevaient avant leur départ ;
- › l'assurance du traitement des personnes atteintes d'exacerbation aiguë et potentiellement mortelle et de complications des MNT ;

- › l'établissement des procédures opérationnelles standard claires pour référence lorsque les traitements pour les MNT ne sont pas disponibles ;
- › l'assurance que l'équipement de diagnostic essentiel, les tests de laboratoire de base et les médicaments pour la prise en charge systématique des MNT sont disponibles dans le système de soins de santé primaires ; l'assurance que les médicaments essentiels sont appropriés et figurent sur les listes locales ou de l'OMS.

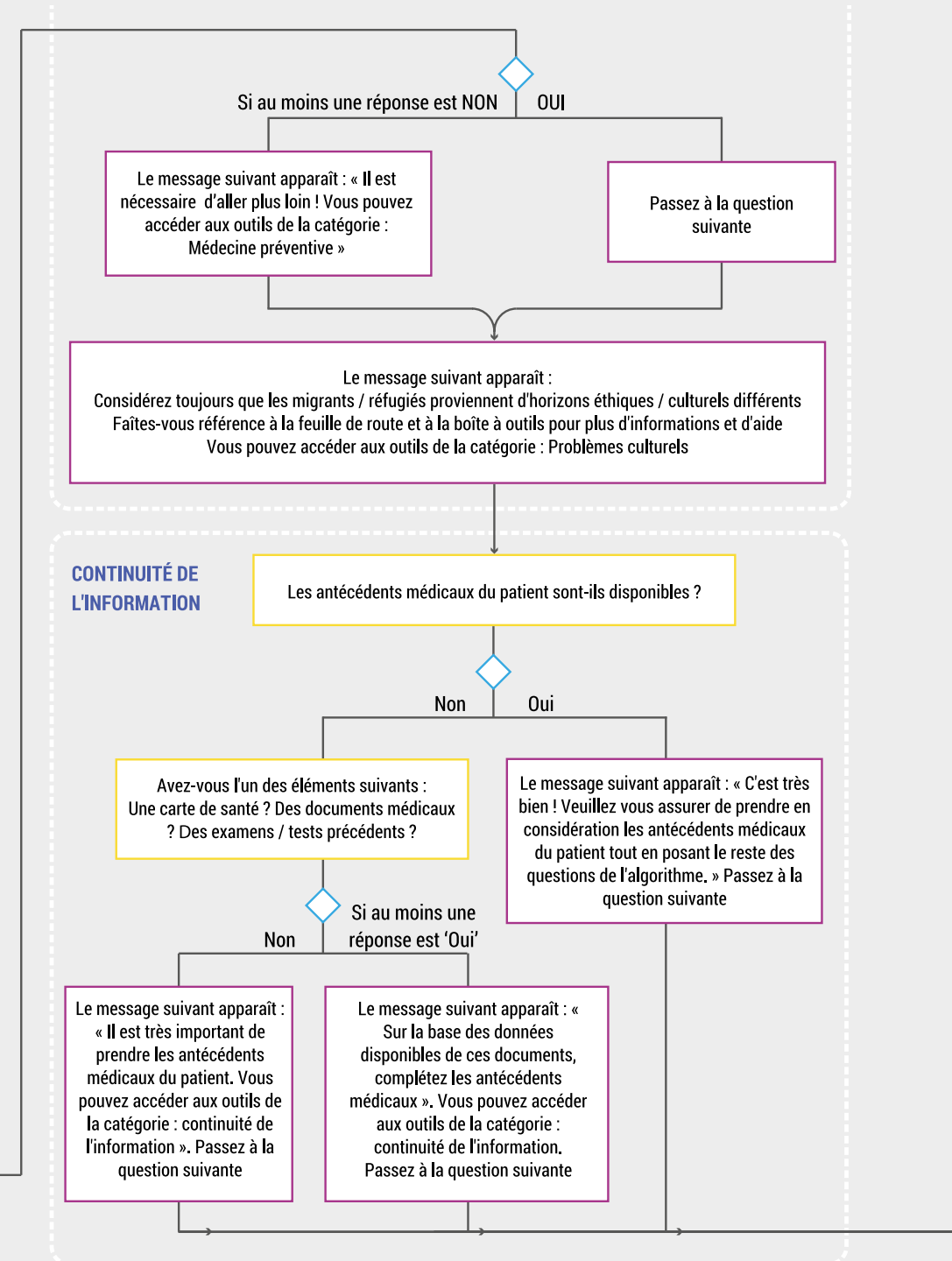
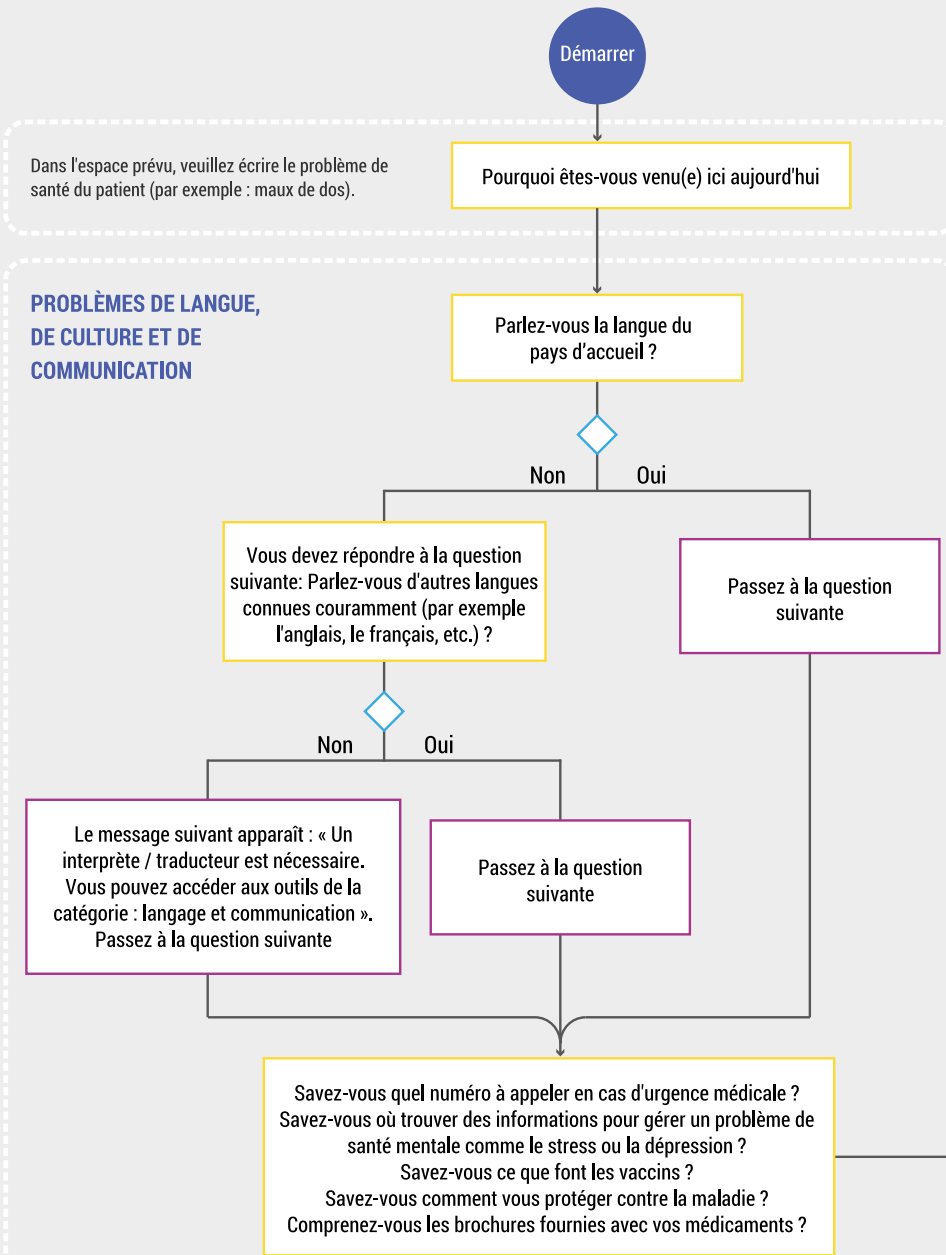
L'OMS définit également des indicateurs clés pour les prestataires de services en termes de MNT chez les migrants / réfugiés :

- › tous les établissements de soins de santé primaires ont des procédures opérationnelles standard claires pour orienter efficacement des patients atteints de MNT vers des établissements de soins secondaires et tertiaires ;
- › tous les établissements de soins de santé primaires disposent des médicaments nécessaires pour poursuivre le traitement pré-urgence des patients atteints de MNT, y compris pour soulager la douleur.



Veillez accéder à notre boîte à outils pour des outils supplémentaires liés à la gestion des « MNT » chez les migrants et les réfugiés en cliquant sur le lien suivant : https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=10&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

► L'algorithme Mig-HealthCare



SANTÉ MENTALE

Les questions suivantes portent sur la façon dont le patient se sent et comment les choses se sont passées pour lui ces 4 dernières semaines. Veuillez sélectionner la seule réponse qui se rapproche le plus de ce qu'ils ont ressenti.

Avez-vous été très nerveux / nerveuse ?	1	2	3	4	5	6
Vous êtes-vous senti(e) si déprimé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
Vous êtes-vous senti(e) calme et paisible ?	1	2	3	4	5	6
Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ?	1	2	3	4	5	6
Avez-vous été heureux / heureuse ?	1	2	3	4	5	6

Tout le temps (1) La plupart du temps (2) Une bonne partie du temps (3) Quelques fois (4) Peu de fois (5) Jamais (6)

52 > score

52 < score

Passez à la question suivante

Le message suivant apparaît : « Un spécialiste de la santé mentale est nécessaire. » Vous pouvez accéder aux outils de la catégorie : Santé mentale

VACCINATIONS

Avez-vous un carnet de vaccination ?

Oui Non

Passez à la question suivante

Le message suivant apparaît : « Vous pouvez accéder aux outils de la catégorie : Vaccinations. » Passez à la question suivante

À quand remonte la dernière fois où vous avez été vacciné(e) ?

Il y a moins de 10 ans

Jamais / Enfant

Passez à la question suivante

Le message suivant apparaît : « Vérifiez le système national de vaccination et agissez en conséquence. Vous pouvez accéder aux outils de la catégorie : Vaccinations. » Passez à la question suivante

PROMOTION DE LA SANTÉ

Est-ce que vous fumez ?

Oui Non

Le message suivant apparaît : « Conseiller au patient d'envisager des cliniques de sevrage tabagique au sein du système national de santé. Vous pouvez accéder aux outils de la catégorie : Tabagisme. » Passez à la question suivante

Passez à la question suivante

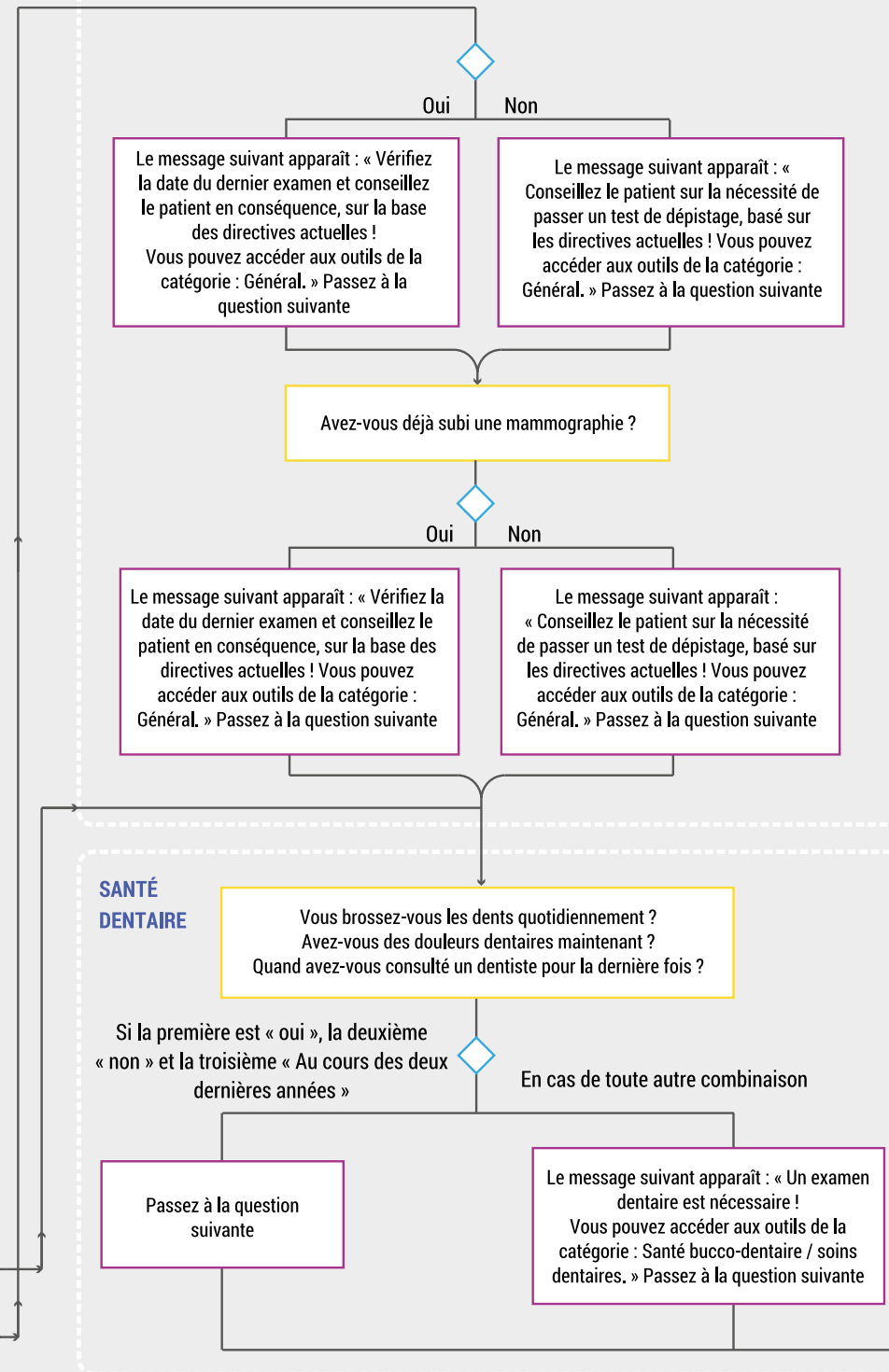
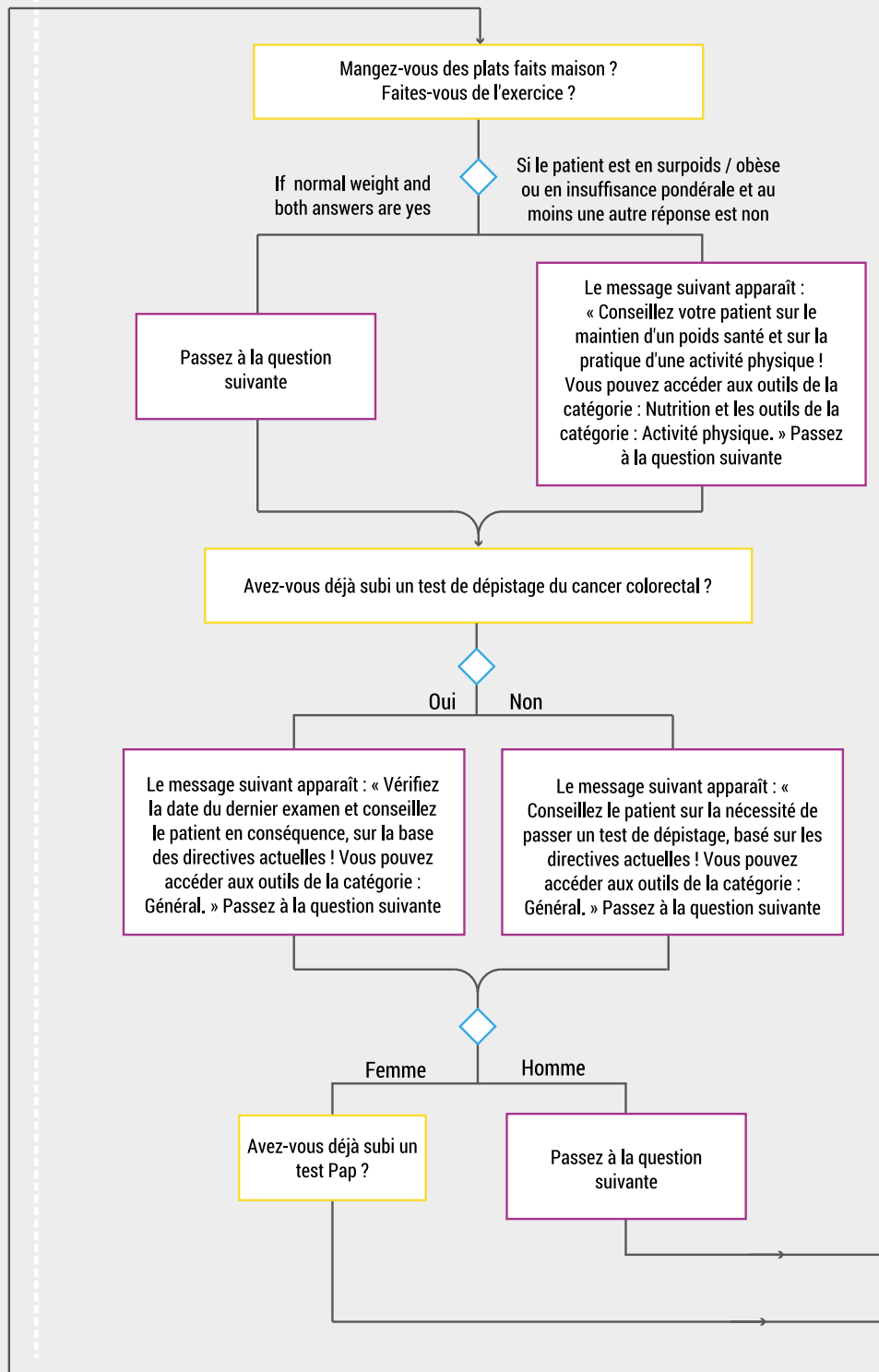
Est-ce que vous buvez de l'alcool ?

Oui Non

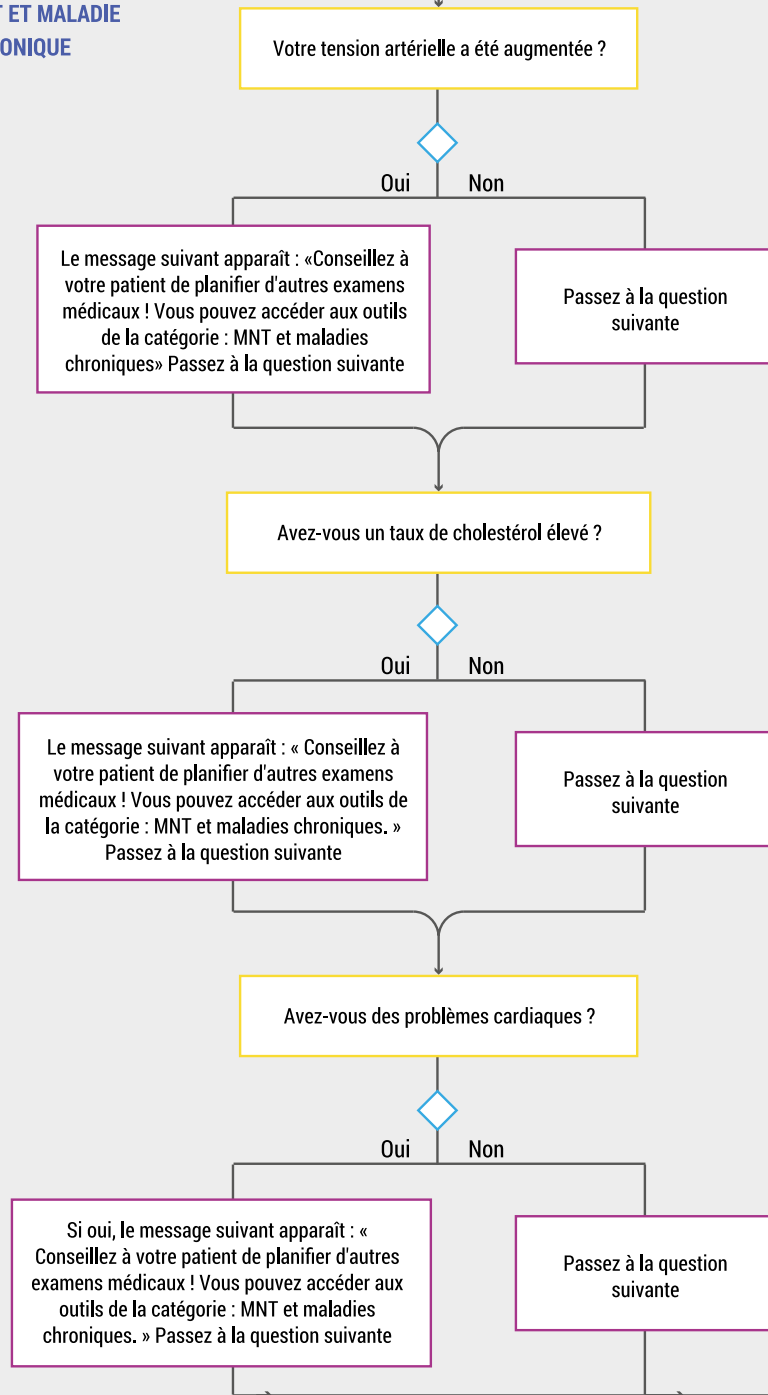
Le message suivant apparaît : « Vous pouvez accéder aux outils de la catégorie : Alcool. » Passez à la question suivante

Passez à la question suivante

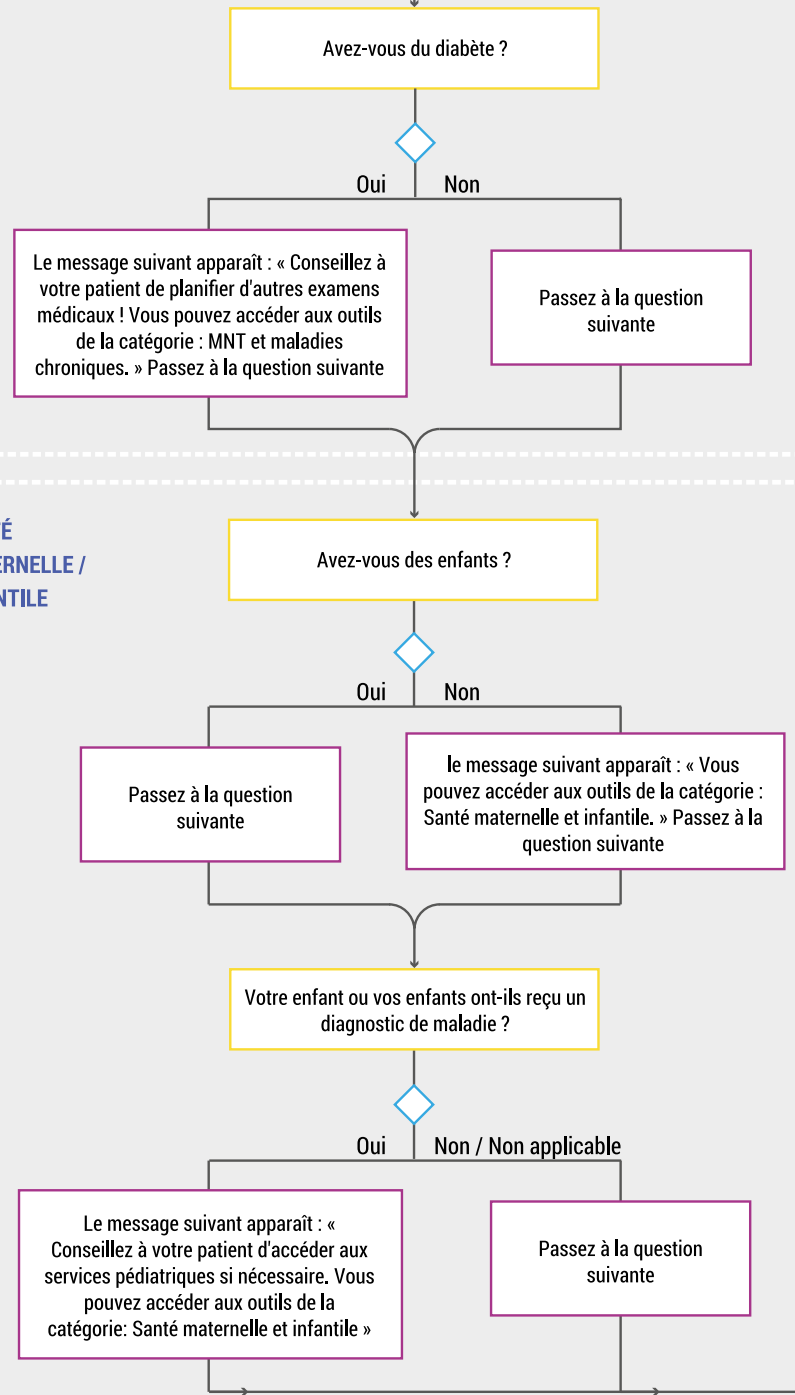
Indice d'IMC (quel est votre poids, quelle est votre taille, l'IMC sera calculé automatiquement et un message apparaîtra si le patient est de poids normal, en insuffisance pondérale, obèse ou en surpoids)



MNT ET MALADIE CHRONIQUE



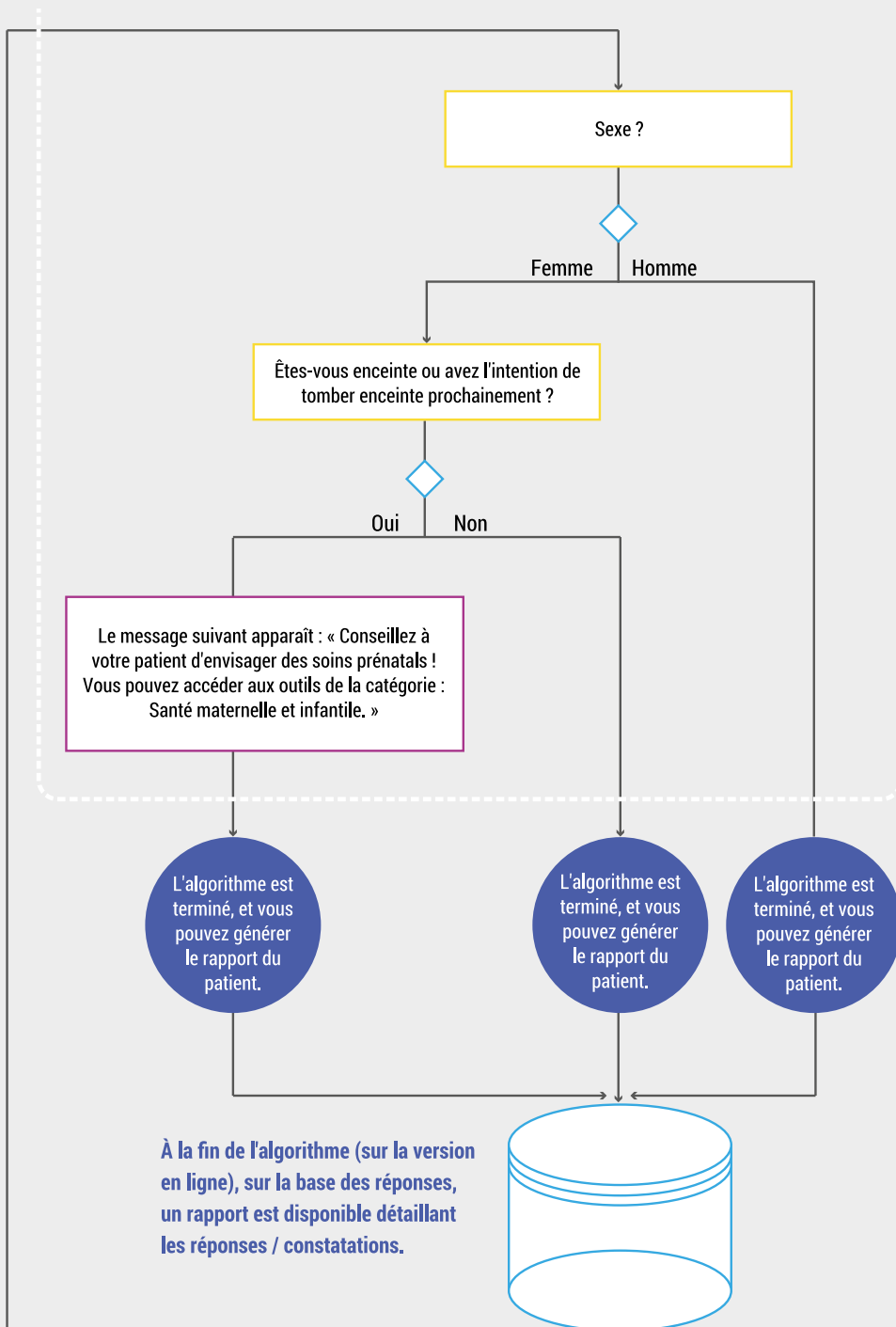
SANTÉ MATERNELLE / INFANTILE



► Références

Les références en texte intégral de la bibliographie mentionnée dans chacun des problèmes de santé traités dans ce document sont accessibles à partir des liens suivants :

- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Language%20Culture%20Communication\[1\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Language%20Culture%20Communication[1].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Continuity%20of%20Information\[2\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Continuity%20of%20Information[2].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Mental%20Health\[3\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Mental%20Health[3].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Vaccinations\[4\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Vaccinations[4].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Maternal%20and%20Child%20Health\[5\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Maternal%20and%20Child%20Health[5].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Health%20Promotion\[6\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Health%20Promotion[6].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Oral%20health-Dental%20care\[7\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Oral%20health-Dental%20care[7].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/NCDs\[8\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/NCDs[8].pdf)





Co-funded by the European Union's
Health Programme (2014-2020)

This publication is part of the project '738186 / Mig-HealthCare' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020). The content of this publication represents the views of the author only and is his/her sole responsibility; it can not be considered to reflect the views of the European Commission and/or the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency or any other body of the European Union. The European Commission and the Agency do not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.