



Thèse

2009

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Étude de l'adéquation du dépistage lors de la visite sanitaire de frontière des problèmes de santé chez les patients requérants d'asile

de Raemy-Kocher, Sylvie

How to cite

DE RAEMY-KOCHER, Sylvie. Étude de l'adéquation du dépistage lors de la visite sanitaire de frontière des problèmes de santé chez les patients requérants d'asile. Doctoral Thesis, 2009. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:3921

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:3921>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:3921](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:3921)

UNIVERSITE DE GENEVE

FACULTE DE MEDECINE

Section de médecine Fondamentale

Département de santé et médecine

communautaires

Service de médecine internationale et

humanitaire

Thèse préparée sous la direction du Professeur Louis Loutan

**« Etude de l'adéquation du dépistage lors de la visite
sanitaire de frontière des problèmes de santé chez
les patients requérants d'asile »**

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève pour
obtenir le grade de Docteur en médecine

par

Sylvie de Raemy-Kocher

(Mörigen, BE / FR)

Thèse n° 10588

Genève

2009

Table des matières

Remerciements	3
Résumé	4
1. INTRODUCTION	5
1.1. Besoins de santé des requérants et leur dépistage	5
a. Généralités sur les requérants d'asile en Suisse	5
b. Les problèmes de santé des requérants d'asile	7
c. Facteurs influençant l'émergence des problèmes de santé chez les requérants	12
d. Les problèmes spécifiques de la prise en charge du requérant d'asile	15
e. Le dépistage des problèmes de santé des requérants d'asile	16
1.2. But de l'étude	17
2. METHODE	18
2.1. Type d'étude	18
2.2. Population	18
2.3. Variables évaluées	19
2.4. Collecte des données	20
2.5. Analyse et statistique	20
3. RESULTATS	21
3.1. Description générale du collectif	21
3.2. Déroulement du suivi médical	23
3.3. Influence des facteurs socio- démographiques	24
3.4. Type de suivi	26
3.5. Fréquence des consultations	28
3.6. Motifs de consultation et diagnostics	33
4. DISCUSSION	37
5. CONCLUSION	46
6. REFERENCES	47
7. ANNEXES	51

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement le Dr Patrick Bovier, PD pour l'appui statistique et la Dresse Sophie Durieux-Paillard pour sa relecture attentive et tous deux pour m'avoir accompagnée avec patience tout au long de ce travail de recherche.

Je remercie le Professeur Hans Stalder qui m'a permis d'initier ce projet et le Professeur Louis Loutan d'avoir accepté de reprendre le flambeau.

Merci au Professeur Louis Loutan et à la Dresse Sophie Durieux de m'avoir donné l'occasion de travailler avec les migrants.

Mes remerciements s'adressent également à la Dresse Jonka Cunliffe pour sa participation au début de l'étude.

Enfin, je remercie de tout cœur Elisabeth et Bruno pour leurs précieux conseils et ma famille, Xavier, Céline, Chloé, Charlotte et mes parents pour leur soutien et leur encouragement tout au long de ce travail.

Résumé

Les requérants d'asile bénéficient à leur arrivée à Genève d'un entretien structuré de dépistage effectué par des infirmières visant à évaluer leur état de santé physique et mentale et à les orienter vers un suivi médical si nécessaire.

Afin d'évaluer l'adéquation de cette méthode de dépistage, les événements médicaux survenus dans les six mois suivant l'entretien de 300 requérants ont été analysés rétrospectivement à partir de dossiers médicaux.

Globalement, 97 % des suivis médicaux proposés par les infirmières ont été jugés adéquats par le médecin évaluateur. Les requérants présentent des problèmes de santé spécifiques qui requièrent des soins médicaux.

Une grande majorité (81 %) se rend effectivement au premier rendez-vous proposé à l'issue de l'entretien initial. Chaque requérant consulte en moyenne 2,7 fois pendant les six mois. 53% de ces consultations relèvent de la médecine générale, 34 % du soutien psychologique et 13 % d'une visite au service des urgences.

1. INTRODUCTION

1.1. Besoins de santé des requérants et leur dépistage

a. Généralités sur les requérants d'asile en Suisse

Ce travail de recherche a pour objectif d'évaluer l'efficacité de la méthode utilisée à Genève jusqu'en octobre 2003 pour dépister les problèmes de santé chez les patients requérants d'asile récemment arrivés dans le canton.

En Suisse, on enregistre en 2003, 89'285 personnes relevant du domaine de l'asile (statistiques de l'Office fédéral des réfugiés, 2003), dont 35'674 femmes et 53'611 hommes. Rapportée à la population résidente en Suisse, la part des personnes relevant du domaine de l'asile (réfugiés compris) est de 1,20 % (statistiques de l'Office fédéral des réfugiés, 2003).

Au cours de l'année 2003, 21'037 demandes d'asile ont été déposées pour toute la Suisse (5'489 femmes et 15'548 hommes). L'asile a été octroyé à 1'636 personnes. A Genève, toujours en 2003, on recense 5'191 personnes dans le processus d'asile, dont 1'116 demandes d'asile (naissances incluses), et 126 requérants bénéficiant de l'octroi de l'asile (statistiques de l'Office fédéral des réfugiés, 2003).

A titre comparatif pour l'année 2007, les statistiques récentes de l'Office fédéral des migrations révèlent des chiffres plus bas avec 41'062 personnes dans le processus d'asile en Suisse et 3'374 à Genève (statistiques de l'Office fédéral des migrations, 2007).

Toutefois, le nombre de nouvelles arrivées est en hausse depuis le 2^e semestre 2008. On constate donc selon les années des fluctuations dans le nombre des demandes d'asile.

Selon le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, il existe à fin 2007, 31,6 millions de réfugiés, demandeurs d'asile et autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR (statistiques UNHCR, 2008).

Les populations requérantes d'asile présentent des problèmes de santé multiples liés au contexte épidémiologique du pays d'origine et à leur histoire de vie. Dans une optique de médecine de premier recours aussi bien que de santé publique, il semble adéquat d'en favoriser le dépistage plutôt que d'attendre la survenue d'aggravations. Dans ce but, il est donc nécessaire d'avoir un outil de dépistage pouvant être utilisé pour chaque patient, tenant compte du contexte multiculturel et adapté à la traduction. A Genève, ce dépistage est effectué au moyen d'un questionnaire standardisé, rempli lors d'un entretien semi-structuré conduit par des infirmières, à l'occasion de l'examen sanitaire de frontière.

En effet, chaque requérant d'asile est soumis à son arrivée en Suisse à un examen sanitaire qui s'effectue en deux volets.

A l'époque de l'étude dont il est question dans cette thèse, la procédure administrative de demande d'asile et la première partie de l'examen sanitaire de frontière réalisé par le Service sanitaire de frontière de la Croix-Rouge Suisse se déroulent dans les centres d'enregistrement fédéraux (Schäublin, 2003). Il existe quatre centres d'enregistrement pour requérants d'asile en Suisse, auparavant dénommés CERA, actuellement CEP (centres d'enregistrement et de procédure) : Bâle, Chiasso, Kreuzlingen et Vallorbe, et un centre de transit à Alstätten. La deuxième partie de l'examen sanitaire de frontière est effectuée dans le canton d'attribution, par les autorités sanitaires locales afin d'assurer une couverture vaccinale optimale et de garantir le contrôle des maladies transmissibles (Schäublin, 2003).

Depuis janvier 2006, de nouvelles directives ont été publiées par l'Office fédéral de la santé publique concernant les mesures à prendre par le service sanitaire de frontière pour les personnes relevant du domaine de l'asile dans les centres cantonaux et fédéraux (OFSP, 2006-2008).

Au niveau des centres d'enregistrement fédéraux, les requérants bénéficient d'informations sur le système de santé en Suisse, sur la tuberculose, sur les vaccinations et la prévention du VIH/sida ; ils reçoivent des préservatifs pour prévenir le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles.

Le personnel soignant mandaté par l'Office fédéral de la santé publique effectue une appréciation générale de l'état de santé du requérant d'asile (notamment en ce qui concerne la tuberculose), à l'aide d'un questionnaire structuré dans le cadre d'un entretien-type sur support informatique (OFSP, 2006-2008). Si le requérant nécessite des soins pour une maladie ou en cas de suspicion de tuberculose, il est adressé au médecin de référence du centre. Le dépistage systématique de la tuberculose par radiographie thoracique et test de Mantoux a été supprimé en raison d'un mauvais rapport coût/efficacité.

L'organisation des vaccinations est sous la responsabilité des centres cantonaux (OFSP, 2006-2008).

Selon les cantons d'attribution, en plus des vaccinations, l'examen sanitaire est également l'occasion de dépister des maladies psychiques et somatiques et d'orienter si nécessaire le requérant d'asile vers les structures de soins.

Idéalement, le dépistage a ainsi deux objectifs principaux : la détection de maladies à potentiel épidémique et l'identification de personnes nécessitant des soins.

b. Les problèmes de santé des requérants d'asile

On peut retrouver chez les patients requérants d'asile des problèmes somatiques (maladies infectieuses et non infectieuses) et des problèmes de santé mentale (troubles thymiques, troubles anxieux, troubles psychosomatiques, etc.).

Selon la revue de la littérature, nous avons analysé les différents problèmes de santé rencontrés au sein de la population requérante et noté leur prévalence. Nous abordons tout d'abord les diverses maladies somatiques les plus fréquentes, puis nous discutons des maladies psychiatriques.

Problèmes somatiques - maladies infectieuses

Tuberculose :

Les personnes séjournant en Suisse dans le cadre de l'asile, en provenance de pays à forte incidence de tuberculose courent un risque accru de développer cette maladie (OFSP, 2007). La prévalence de la tuberculose active chez les requérants d'asile dans le canton de Vaud entre 1988 et 1990 est de 122/100'000 (Loutan, 1994). En Suisse, en 1992-1993, 100 cas de tuberculose ont été dépistés chez les requérants d'asile lors de l'examen sanitaire de frontière, soit une prévalence de 414 pour 100'000, et une prévalence de tuberculose active de 227 pour 100'000 (Loutan, 1997). Le nombre de déclarations de tuberculose en Suisse en 1999 (période contemporaine à celle de la cohorte de migrants étudiée) était de 233 chez les requérants d'asile et les réfugiés (dont 168 confirmés par culture) sur un total de 772 déclarations pour la Suisse (dont 615 confirmées par culture) (OFSP, 2002). En 2000, les statistiques pour la Suisse révèlent 121 cas déclarés chez les requérants d'asile et les réfugiés (dont 91 confirmés par culture) pour un total de 629 déclarations en Suisse (dont 494 confirmées par culture) (OFSP, 2002). A Genève, en 2000, selon les données du Centre anti-tuberculeux, on constate 70 cas de tuberculose (confirmés par culture), dont 25 cas chez les requérants d'asile. (CAT, 2000). Plus récemment, en 2008, à Genève, on relève 73 cas de tuberculose, dont 6 cas chez les requérants d'asile (OFSP, 2009 ; CAT, 2008).

Dans les pays étrangers, la revue de la littérature effectuée met en évidence une fréquence de la tuberculose active variant de 0,13% à 5,8 % et de tuberculose latente entre 34,9 % et 49,5% chez les requérants. Entre 1990 et 1992, en Europe de l'Est et en ex-URSS, la fréquence de la tuberculose se situe entre 0,19 et 0,6 % (19-60 cas /10'000 personnes) (Loutan, 1994). Aux Etats-Unis, entre 1993-1995, 43,2 % des réfugiés présentent un test de Mantoux positif (Walker, 1999). Au Minnesota, la fréquence de test de Mantoux positif chez les réfugiés (PPD > 10 mm) est de 34,9 % en 1997 (Walker, 1999). En 1998, parmi les réfugiés arrivant aux Etats-Unis, la fréquence de la tuberculose est de 3,4% (Walker, 1999). Dans une étude descriptive rétrospective (janvier 1989 à décembre 1999) menée dans une

unité de médecine tropicale d'un hôpital de Madrid, incluant 988 immigrants, on retrouve une fréquence de la tuberculose active de 5,8 % et de tuberculose latente chez 44,2 % des cas (Lopez-Vélez, 2003). On retrouve plus récemment une prévalence semblable de 49,5 % de tuberculose latente (Pottie, 2007). La prévalence de tuberculose varie de 1,33 à 10,42 pour 1000 dans une revue d'études (Clark, 2007).

Hépatite B :

La population migrante souffre plus souvent d'hépatite (OFSP, 2007). Lors de la visite sanitaire de frontière à l'arrivée en Suisse, 34 % des 13 676 requérants examinés possédaient un marqueur de l'hépatite B (Loutan, 1997). Une évaluation effectuée en 1992 et 1993 concernant 24 170 requérants d'asile met en évidence une prévalence de l'anticorps anti-HBc inférieure chez les femmes (22,3 %) par rapport aux hommes (38,5 %), à l'exception des femmes roumaines (Loutan, 1997). La prévalence de sérologie positive pour l'hépatite B est élevée dans la majorité des populations migrantes, avec une transmission importante dans la petite enfance. (Genton, 2003).

Une évaluation de la santé des réfugiés aux Etats-Unis entre 1993 et 1995 met en évidence 6,1 % de porteurs de l'hépatite B (HBsAg positif) parmi cette population (Walker, 1999). Au Minnesota, 5,3 % des requérants d'asile arrivant en 1997 sont porteurs de l'hépatite B (Walker, 1999). On retrouve une ancienne hépatite B chez 46,5 % des immigrants et une hépatite B active chez 7,6 % d'entre eux, en Espagne (Lopez-Vélez, 2003). Une revue des études de prévalence des maladies infectieuses chez les requérants d'asile et réfugiés en Grande-Bretagne révèle une prévalence pour l'hépatite B variant de 57 à 118 pour 1000 (Clark, 2007). Le taux de prévalence dans une étude de cohorte rétrospective au Canada est de 5,4 % pour la présence d'antigènes de surface de l'hépatite B chronique (Pottie, 2007). Un autre travail met en évidence 23 % d'antigène HBs positif chez 74 requérants d'asile testés dans une unité de médecine des voyages aux Etats-Unis (Museru, 2009).

Parasitoses :

Les maladies parasitaires, principalement intestinales font partie des affections latentes les plus fréquemment observées. Entre 27 % et 46 % des requérants d'asile arrivant en Suisse sont porteurs de parasites intestinaux (Loutan, 1997). On retrouve des parasites intestinaux dans les selles chez 29,9 % des réfugiés aux Etats-Unis entre 1993 et 1995 (Walker, 1999). 39,5 % des requérants d'asile arrivant au Minnesota en 1997 sont porteurs de parasites intestinaux. (Walker, 1999). L'étude rétrospective de Lopez-Vélez et al. met en évidence 24,8 % de filariose, 15,4 % d'helminthes intestinaux, 15,1 % de malaria, et 10 % de protozoaires intestinaux (Lopez-Vélez, 2003). Plus récemment, une étude de cohorte rétrospective sur 112 réfugiés nouvellement arrivés au Canada relève une prévalence de

13,6 % de parasitose intestinale (Pottie, 2007). Dans une étude rétrospective sur 10'358 réfugiés au Minnesota, cette prévalence est de 19 % (Varkey, 2007).

Infection HIV :

Les migrants originaires de pays connaissant une forte prévalence du HIV (Afrique subsaharienne par exemple) courent davantage le risque de contracter le sida (OFSP, 2007). La prévalence du sida chez les migrants était de 23,1 / 100'000 en 1993, valeurs semblables à celles des Suisses (22,1 / 100'000) (Loutan, 1997). Selon l'Office fédéral de la Santé Publique, la proportion d'étrangers parmi les personnes testées VIH positives déclarées à l'OFSP n'a cessé d'augmenter, passant de 18 % en 1988 à 52 % en 2004 (OFSP, 2006). Le système de déclaration des maladies infectieuses ne permet pas d'identifier la proportion de requérants d'asile parmi les personnes ayant effectué le test de dépistage du VIH (OFSP, 2006). Cependant, les données suggèrent que la prévalence du VIH/ sida chez les migrants en Suisse est élevée, ce qui a justifié le renforcement des mesures de prévention (OFSP, 2006). Il n'existe pas de dépistage systématique du HIV à l'entrée en Suisse.

Dans les pays étrangers, on observe des taux de prévalence de 5,2 % des immigrants présentant une infection HIV (Lopez-Vélez, 2003), de 6,3 % (Pottie, 2007) et de 3,8 % (Clark, 2007).

Syphilis :

Auparavant, l'examen sanitaire de frontière incluait un dépistage de la syphilis au moyen du VDRL et du TPHA. Le faible taux de positivité de 0,6 % chez les requérants d'asile testés a eu pour conséquence l'abandon de ce dépistage (Loutan, 1997). On retrouve également une faible fréquence de la syphilis dans la littérature avec des valeurs de 1,4 % chez les réfugiés aux Etats-Unis entre 1993 et 1995 (Walker, 1999).

Problèmes somatiques – maladies non infectieuses

Problèmes dentaires

Les problèmes dentaires sont fréquemment observés chez les requérants d'asile. Plus d'un quart des réfugiés au Colorado en souffrent et chez certains groupes de population, la fréquence s'élève à 70 % (Kennedy, 1999). La carie dentaire du biberon est une pathologie fréquemment rencontrée chez les requérants d'asile, sa prévalence est difficile à évaluer (Bodenmann, 2007). Il existe une relation entre la forte prévalence de la carie dentaire du biberon et certaines minorités ethniques (Bodenmann, 2007). L'appartenance à une famille de migrants a été reconnue comme étant l'un des deux principaux facteurs de risques de la

carie dentaire du biberon, le deuxième étant la colonisation par *Streptococcus mutans* (Bodenmann, 2007).

Autres problèmes somatiques non infectieux

Le stress et les traumatismes vécus peuvent générer des ulcères de stress (Loutan, 1994). Avec l'augmentation de l'âge de la population requérante, on est amené à rencontrer des maladies chroniques telles que diabète, anémie, affections cardio-vasculaires, affections inflammatoires, allergiques, etc. (Loutan, 1997). Selon l'étude Whitehall II, il existe une relation significative entre le bas niveau social et le risque de diabète, de syndrome métabolique et les maladies cardiovasculaires (Bodenmann, 2007). Certaines conditions prémigratoires telles que l'appartenance à un groupe ethnique à risque et le stress d'adaptation lié à la migration peuvent exposer le requérant à un risque élevé de diabète (Bodenmann, 2007).

Maladies mentales

Les diagnostics psychiatriques souvent retrouvés chez les requérants d'asile sont les troubles de l'anxiété dont le syndrome de stress post-traumatique (PTSD), les troubles thymiques (dépression), et les troubles psychosomatiques (somatisations).

Il existe quatre réactions psychologiques fréquentes pour lesquelles les réfugiés sont à haut risque : le PTSD, la dépression, la somatisation et le « dilemme existentiel » (Turner, 2003). Les manifestations psychologiques suivantes sont fréquemment rencontrées : des troubles du comportement (irritabilité, agressivité, prostration, isolement), des états dépressifs, un PTSD, des symptômes psychosomatiques (céphalées, douleurs abdominales, osseuses, difficultés respiratoires) (Loutan, 1994). Plus de 20% des migrants de nationalité turque ou originaire du Kosovo font état de maux de dos, de céphalées et de forts troubles du sommeil (OFSP, 2007). Les séquelles psychologiques plus spécifiques de la torture sont l'anxiété, les PTSD et les somatisations (Vannotti, 2003). Parmi les troubles psychosomatiques typiques dont souffrent les personnes ayant vécu des épisodes de violence, on trouve les troubles de l'appareil locomoteur, les céphalées, les douleurs de poitrine, les maux d'estomac et l'insomnie (OFSP, 2007). L'abus de substances est aussi relevé.

Prévalence des symptômes psychologiques

« Les études quant à la prévalence des maladies psychiatriques, bien que non consensuelles, soulignent leur augmentation. » (Bodenmann, 2007). Lors d'un entretien dans le cadre de l'examen sanitaire de frontière à leur arrivée à Genève, 37 % des 572 requérants d'asile interrogés se plaignaient de symptômes tels que cauchemars, troubles de

la concentration, insomnies, flash-back (Loutan, 1997). Selon Kennedy et al, parmi 115 réfugiés dépistés pour des maladies mentales entre avril et juin 1999, 43 % d'entre eux reportaient des symptômes psychologiques (Kennedy, 1999).

Prévalence du PTSD

Certains travaux démontrent des fréquences de PTSD égales ou plus élevées que 45 % parmi les réfugiés (Eytan, 2007). Dans une étude concernant 101 réfugiés à Genève, 29 % présentaient un PTSD (Eytan, 2007).

On retrouve une prévalence de 10 % de PTSD dans des études concernant 145 boat-people vietnamiens réfugiés en Norvège (Loutan, 1997). D'autres travaux rapportent une prévalence de PTSD s'élevant jusqu'à 86 % parmi des réfugiés cambodgiens avec des scores très élevés à l'échelle de dissociation (Loutan, 1997 ; De Clercq 2001). Parmi 993 réfugiés cambodgiens vivant en Thaïlande, on a retrouvé 37 % de PTSD (Turner, 2003 ; De Clercq, 2001). Une étude effectuée en Grande-Bretagne concernant 842 réfugiés originaires du Kosovo rapporte qu'un diagnostic de PTSD est présent chez un peu moins de 50 % des cas (Turner, 2003). Parmi 534 réfugiés bosniaques vivant en Croatie, 26 % avaient un probable diagnostic de PTSD et 20,6 % des sujets présentaient à la fois un état dépressif et un PTSD (Turner, 2003). En Grande-Bretagne, dans un groupe de réfugiés à Londres référés pour une évaluation spécialiste de psychiatrie, la fréquence du PTSD est de 52 % (Turner, 2003). Eisenman et al ont trouvé dans une étude à Los Angeles sur des réfugiés d'Amérique latine exposés à de la violence politique dans leur pays d'origine que 18 % avaient des symptômes de PTSD (Kroll, 2003). Dans une étude sur des réfugiés du Guatemala ayant vécu vingt ans dans des camps de réfugiés à Chiapas, Mexico, Sabin et al signalent que 12 % avaient des symptômes de PTSD (Kroll, 2003).

Une étude concernant 3048 personnes appartenant à des communautés ayant subi des conflits en Algérie, au Cambodge, en Ethiopie et en Palestine (ne correspondant pas forcément à une population réfugiée) a mis en évidence que le PTSD et les troubles de l'anxiété étaient les problèmes psychiatriques les plus fréquents (De Jong, 2003). Le PTSD est présent chez 37,4 % de la population Algérienne étudiée (n=653), 28,4 % des Cambodgiens (n=610), 15,8 % des Ethiopiens (n=1200) et 17,8 % des Palestiniens (n=585).

Prévalence de l'état dépressif

Les mêmes études décrites ci-dessus démontrent les taux de prévalence d'état dépressif suivants : proches de 50 % de dépression majeure (Eytan, 2007), 34 % d'épisode dépressif majeur à Genève (Eytan 2007), 17,7 % de dépression parmi des boat-people vietnamiens (Loutan, 1997), 80 % de dépression parmi des réfugiés cambodgiens (Loutan, 1997 ; De Clercq 2001), 68 % de dépression parmi des réfugiés cambodgiens (Turner, 2003 ; De

Clercq, 2001), 61,4 % de réfugiés originaires du Kosovo ont un score indiquant une possible dépression dont 43,7 % cotées modérées à sévères (Turner, 2003), parmi des réfugiés bosniaques vivant en Croatie, 39 % avaient un probable diagnostic de dépression (Turner, 2003), 35 % de dépression dans un groupe de réfugiés à Londres (dépression majeure selon DSM-III-R) (Turner, 2003), 36 % de symptômes de dépression chez des réfugiés d'Amérique latine (Kroll, 2003), 39 % de symptômes de dépression parmi des réfugiés du Guatemala (Kroll, 2003).

Prévalence des troubles anxieux

Certaines études mentionnées précédemment décrivent les taux de prévalence des troubles anxieux : 56,9 % ont un score indicatif d'une possible anxiété et 34,1 % un score suggérant une anxiété modérée à sévère (Turner, 2003), 54 % présentent des symptômes d'anxiété (Kroll, 2003). Les troubles de l'anxiété sont retrouvés chez 37,2 % des Algériens, 40 % des Cambodgiens, 9,6 % des Ethiopiens et 13,5 % des Palestiniens, provenant de communautés ayant subi des conflits (De Jong, 2003).

c. Facteurs influençant l'émergence des problèmes de santé chez les requérants

La santé des requérants d'asile est influencée par l'exposition à la violence ou à la torture, par la situation sanitaire dans le pays d'origine, le parcours de migration et les conditions de vie dans le pays d'accueil.

Exposition à la violence et à la torture

Un des facteurs de risque pour l'émergence de pathologies physiques et psychiatriques est l'exposition à la violence et à la torture.

L'histoire de vie des requérants d'asile est souvent marquée par des événements traumatisants, tels qu'une exposition à la violence organisée et à la torture, un emprisonnement ou un internement dans des camps, une exposition à des combats, des violences sexuelles, un décès violent d'un proche (Loutan, 1997).

La prévalence de l'exposition à la violence et à la torture chez les réfugiés et les requérants arrivant en Europe est estimée à des valeurs entre 5 et 35 % (Loutan, 1997). 61 % de 572 requérants d'asile arrivant à Genève rapportaient des événements de vie traumatisants tels que mentionnés plus haut et 18 % avaient été victimes de torture (Loutan, 1997).

Thonneau et al. ont retrouvé une prévalence similaire de 18 % d'exposition à la torture parmi 2099 requérants au Québec (Silove, 2000). De même, selon l'Association pour les Victimes

de la Répression en Exil, 20 % des personnes relevant du domaine de l'asile en France ont rapporté une expérience de torture (Silove, 2000). Dans des études australiennes, on retrouve plus de 20 % des requérants d'asile victimes de torture (Silove, 2000). D'autres références estiment qu'au moins 25 % des réfugiés reconnus ont été victimes de torture systématique dans leur pays d'origine (Gilgen, 2002). Dans une étude effectuée sur des réfugiés bosniaques et kurdes de Turquie à Bâle, 34 migrants sur 98 recrutés ont rapporté une expérience de violence organisée (34,7 %) (Gilgen, 2002). Jaranson et al retrouvent dans une étude portant sur 1134 réfugiés somaliens et éthiopiens au Minnesota, une exposition à la torture chez 44 % des sujets (Jaranson, 2004).

Dans l'étude de De Jong concernant des personnes issues de communauté ayant subi des conflits, on retrouvait une fréquence d'exposition à la violence différant selon les pays, qui s'élevait à 92 % chez les Algériens, 81 % chez les Cambodgiens, 79 % chez les Ethiopiens et à 59 % chez les Palestiniens (De Jong, 2003). Parmi les personnes exposées à la violence, le PTSD était le diagnostic le plus fréquemment rapporté (excepté pour le Cambodge). Parmi les cas non exposés à la violence, on retrouvait le plus souvent les troubles de l'anxiété (excepté pour l'Ethiopie) (De Jong, 2003).

« Une des formes les plus communes de torture relatée par les femmes migrantes est la violence sexuelle, qui reste deux fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme. » (Vanotti, 2003). « Seul un petit pourcentage de femmes admet avoir subi des expériences de viol, limitées par un sentiment de honte et les tabous culturels » (Vannotti, 2003).

« Les migrants ayant survécu à des tortures portent en eux les traces des traumatismes physiques et psychologiques subis » (Bodenmann, 2007).

Situation sanitaire dans le pays d'origine

Selon Loutan : « Les conditions de vie dans le pays d'origine vont déterminer les points suivants à prendre en considération lors de l'examen des réfugiés : le status immunitaire lié à l'exposition antérieure de certains germes, le status vaccinal, les maladies chroniques ou latentes, les différences génétiques, les caractéristiques culturelles, religieuses et alimentaires. » (Loutan, 1994).

L'état immunitaire du patient requérant d'asile est variable. En effet, une exposition dépendant de son origine géographique à certains germes peut lui procurer une immunité durable aux virus de l'hépatite A, l'hépatite B, le cytomégalovirus, le virus d'Ebstein-Barr ou la rougeole. Selon l'origine, l'immunité contre la varicelle est au contraire moins souvent rencontrée chez les requérants avec une plus forte proportion de varicelle chez le requérant adulte (Loutan, 1994).

La couverture vaccinale est insuffisante dans de nombreux pays défavorisés (Loutan, 1994), ce qui entraîne un status vaccinal antérieur très variable selon l'origine des migrants (Genton, 2003). Ceux-ci ont souvent bénéficié d'une vaccination de routine complète dans leur pays d'origine (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite), cependant le taux de couverture pour la rougeole, les oreillons et la rubéole est variable. Les rappels n'ont pas forcément été effectués en temps voulu. Les migrants n'ont presque jamais bénéficié d'une primo- vaccination pour l'*Haemophilus influenzae* et l'hépatite B. Walker et al retrouvent un manque de couverture vaccinale de routine chez 51,5% des nouveaux arrivants (Walker, 1999).

Par ailleurs, certaines maladies endémiques dans le pays d'origine du requérant peuvent se manifester de façon chronique ou rester latentes avec un potentiel de réactivation, citons par exemple les infections parasitaires, la tuberculose et l'hépatite B (Loutan, 1994).

Parcours de migration

Les conditions de vie pendant le parcours de migration influence aussi l'état de santé de la population requérante d'asile. Lors de la migration, l'exposition à des intempéries (froid, pluie), l'absence d'abris, des carences alimentaires, une détention dans des prisons ou dans des camps de réfugiés, la promiscuité, la violence, la torture, le viol sont des facteurs favorisant l'émergence de maladies (Loutan, 1994). On retrouve couramment dans les camps de réfugiés certaines affections : maladies diarrhéiques (choléra, shigellose), maladies respiratoires aiguës, rougeole, pédiculose, gale, parasites, infections cutanées, malnutrition, maladies sexuellement transmissibles, traumatismes et blessures (Loutan, 1994).

Arrivée dans le pays d'accueil

« Le contexte de vie avant l'expérience de migration comme celui du pays d'accueil peuvent favoriser l'apparition d'une détresse psychologique et de graves troubles mentaux » (Bodenmann, 2007). En effet, les conditions de vie dans le pays d'asile influencent également fortement l'état de santé des requérants. La promiscuité et un bas niveau d'hygiène dans un hébergement communautaire peuvent favoriser la transmission de maladies. Le confinement accélère la transmission de certaines maladies telles que la grippe, la diphtérie, la varicelle, la tuberculose, la méningite (Loutan, 1994). Une hygiène insuffisante est un facteur de risque pour la transmission féco- orale (diarrhées, hépatite A, typhoïde) et la transmission de contact (gale, pédiculose) (Loutan, 1994).

On note également l'apparition de pathologies psychosomatiques dans des hébergements communautaires, accentuées par l'absence de perspective d'avenir et le manque d'activités (Loutan, 1994).

D'une part, le requérant doit faire face à la souffrance vécue dans son pays et lors de son parcours de migration et d'autre part, il doit s'adapter à un nouvel environnement social, linguistique et culturel, avec perte de ses repères communautaires. Son état de dépendance et la précarité de ses conditions de vie dans le pays d'asile, les problèmes de communication, la vie en communauté avec des personnes de pays et d'origine culturelle ou religieuse différents, l'absence de perspectives professionnelles valorisantes et l'avenir incertain sont autant d'éléments pouvant perturber la santé mentale du requérant (Loutan, 1994). Laban et al ont trouvé que les inquiétudes concernant la procédure d'asile, le manque de travail et le sort des membres de la famille représentaient les facteurs de risque les plus importants de pathologie psychiatrique chez des requérants d'asile irakiens (Laban, 2005).

De plus, comme le rapportent Vanotti et al « l'immigration peut générer elle-même de nouvelles formes de violence » et « les requérants d'asile...se heurtent souvent à une très faible tolérance de la part des populations autochtones, à des contrôles policiers et administratifs, à une incertitude permanente quant au bon droit de trouver chez nous protection et sécurité » (Vanotti, 2003). Tout cela peut être vécu comme une violence et générer des troubles psychologiques.

d. Les problèmes spécifiques de la prise en charge du requérant d'asile

Il est nécessaire de prendre en considération les éléments suivants dans l'évaluation et la prise en charge des besoins de santé des requérants d'asile.

Le patient requérant d'asile peut avoir une représentation de la santé et de la maladie différente de celle du pays d'accueil, des croyances propres à sa culture, des attentes et des craintes particulières. Il se retrouve face à un système de santé différent et compliqué dont la compréhension n'est pas facilitée par un parcours de vie souvent traumatisant (Schäublin, 2003).

Il peut être confronté également à des difficultés de communication ne parlant pas la langue du pays d'accueil. « La barrière de la langue et les différences culturelles majorent les problèmes de communication » (Durieux-Paillard, 2007). Lors de l'entretien de dépistage des problèmes de santé des requérants d'asile, il est fréquent de rencontrer des problèmes de communication : la langue parlée est-elle commune entre le patient et l'infirmière ? Si ce n'est pas le cas, un interprète est-il présent lors de la consultation ? Si oui, s'agit-il d'un interprète professionnel ou d'un membre de la famille, d'une connaissance, d'un employé de

l'hôpital ? Ces éléments pourront influencer le cours de l'anamnèse et l'efficacité de l'entretien.

e. Le dépistage des problèmes de santé des requérants d'asile

En raison des problèmes de santé spécifiques rencontrés chez la population requérante d'asile, il est indispensable de les dépister de manière adéquate lors de leur arrivée dans le pays d'accueil afin d'offrir les soins nécessaires et d'identifier les maladies transmissibles.

A l'époque de ce travail de recherche, on pratiquait systématiquement dans les CERA, une radiographie du thorax, à l'exception des enfants de moins de 14 ans et des femmes enceintes, et un test tuberculinique de contrôle pour le dépistage de la tuberculose. En cas de diagnostic de tuberculose, le patient était adressé vers les centres de soins spécialisés (à Genève: le CAT, Centre anti-tuberculeux). En raison d'un mauvais rapport coût/efficacité, ce dépistage systématique a été abandonné. Actuellement, des examens complémentaires sont pratiqués en cas de suspicion de tuberculose lors de l'entretien standardisé de dépistage, sur la base de l'anamnèse.

Le dépistage de l'hépatite B varie selon les cantons. A Genève et dans le canton de Vaud, une sérologie pour l'hépatite B est réalisée avec dosage de l'anti-HBc chez tout migrant âgé de plus de 13 ans. Dans le canton de Vaud, la vaccination contre l'hépatite B est recommandée pour toutes les personnes qui sont anti-HBc négatives ou celles âgées de moins de 14 ans. (Genton, 2003). A Genève, depuis quelques années, on préconise une sérologie complète de l'hépatite B pour tous les résultats anti-HBc positifs. On adresse vers les structures de soins spécialisées les personnes présentant une hépatite B chronique.

Les vaccinations dépendent des cantons d'attribution et varient d'un canton à l'autre. Dans les cantons de Genève et Vaud, la politique de vaccination est identique, basée sur le plan suisse de vaccination (OFSP, 2009 ; Programme santé migrants, 2009). Les vaccinations courantes sont mises à jour et en cas d'absence de carnet de vaccination, on vaccine de façon systématique (sauf en cas de grossesse) pour le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite (vaccin antipoliomyélitique inactivé), la rougeole, les oreillons, la rubéole et l'haemophilus influenza type b (Hib, indiqué jusqu'à l'âge de cinq ans). La vaccination contre la tuberculose est indiquée seulement pour les enfants de moins d'un an, dont les parents proviennent de régions de haute prévalence tuberculeuse et qui sont susceptibles d'y retourner (Genton, 2003, OFSP 2009). Toutes les vaccinations, les résultats du dosage des anticorps anti-HBc et du test tuberculinique étaient consignés à l'époque de ce travail de recherche, dans le formulaire 102 (formulaire spécifique pour requérant d'asile) et dans un carnet de vaccination.

A Genève, depuis quatorze ans, tous les nouveaux requérants d'asile (>15 ans) bénéficient d'un entretien infirmier semi-structuré dans le cadre du deuxième volet de la visite sanitaire de frontière, qui vise à dépister précocement leurs éventuels problèmes de santé physique et mentale et à les orienter vers le suivi médical le mieux adapté.

L'entretien semi-structuré conduit par des infirmières au moyen d'un questionnaire standardisé permet la recherche de troubles psychologiques (cauchemars, sentiment de peur, d'insécurité, tristesse, insomnie, nervosité, irritabilité, perte de mémoire, etc.), de plaintes somatiques (mal au ventre, maux de tête, mal au dos, problèmes à uriner, etc.) et d'événements traumatiques (détention, situation de guerre, violences subies (coups, torture, violence sexuelle), décès non naturel d'un proche, proches disparus,...).

Cet entretien permet également de recueillir des données sur l'origine du requérant, son état civil, sa langue maternelle, sa religion, sa profession antérieure et son activité actuelle, son parcours de migration, son réseau actuel (annexe 3).

A l'issue de cet entretien de dépistage, le requérant est orienté vers un suivi médical ou non, si la prise en charge est jugée inutile ou qu'il ne le souhaite pas. Le type de suivi proposé peut être soit d'ordre médical, soit psychologique.

Dans ce travail de thèse, nous avons cherché à savoir si le dépistage effectué lors de l'entretien infirmier permettait une orientation adéquate des patients vers les systèmes de soins en place. Pour cela, nous avons analysé la prise en charge médicale et psychologique pendant les six mois suivant le dépistage.

1.2. But de l'étude

- Evaluer si un entretien initial structuré conduit par des infirmières, permet un dépistage précoce des problèmes de santé des requérants d'asile, ainsi que leur orientation vers le suivi médical le plus adéquat.

2. METHODE

2.1. Type d'étude

Etude de cas rétrospective, portant sur 300 dossiers médicaux, avec analyse des événements médicaux survenus dans les six mois suivant l'entretien de dépistage effectué par des infirmières lors de l'examen sanitaire de frontière. Les données médicales sont issues des dossiers médicaux manuscrits et informatisés (DOMED).

2.2. Population

Un collectif de 300 dossiers a été sélectionné parmi une banque de données de 3771 entretiens infirmiers réalisés lors de l'examen sanitaire de frontière, entre décembre 1997 et janvier 2001.

L'appariement des 300 patients a été réalisé en fonction de l'orientation médicale proposée à l'issue de l'examen sanitaire de frontière et de la présence ou non d'un interprète lors de l'entretien initial.

Selon l'orientation choisie après la visite sanitaire de frontière, trois groupes de taille égale ont été constitués :

- orientation vers un suivi médical (100 patients)
- orientation vers un suivi psychologique (100 patients)
- pas de suivi proposé (100 patients)

Les dossiers n'ont pas été sélectionnés au hasard, mais en fonction des groupes prédéfinis : on a recherché dans la base de données 100 cas orientés vers un suivi médical après la visite sanitaire de frontière (groupe « suivi médical »), 100 cas orientés vers un suivi psychologique (groupe « suivi psychologique ») et 100 cas pour lesquels aucun suivi n'a été proposé (groupe « pas de suivi »).

Le suivi médical a été effectué dans le service ambulatoire de la Policlinique de Médecine (Polimed) des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) où le patient a bénéficié d'un suivi à orientation somatique de type consultation de médecine générale. Le suivi psychologique a été fait par un médecin dans l'Unité de médecine des voyages et des migrations (UVM) des HUG, unité à orientation psychologique, spécialisée dans la prise en soins des victimes de violence. Les requérants pour lesquels aucun suivi n'a été jugé nécessaire lors de l'examen sanitaire de frontière n'ont pas eu de RDV organisé, mais ont pu tout de même bénéficier, selon leur évolution, de consultations dans les six mois analysés.

Afin d'évaluer la pertinence de la présence d'un interprète lors du dépistage, chacune des orientations possibles a été subdivisée en deux groupes de même taille, en fonction de la présence ou non d'un interprète lors de la visite sanitaire de frontière:

- avec interprète (50 patients)
- sans interprète (50 patients)

Différents types d'interprètes ont été présents lors du dépistage : interprète formé (professionnel) ou interprète non formé (membre de la famille, connaissance, employé de l'hôpital, etc.).

Au total, six groupes de 50 patients ont été constitués :

- suivi médical avec interprète
- suivi médical sans interprète
- suivi psychologique avec interprète
- suivi psychologique sans interprète
- pas de suivi proposé, avec interprète
- pas de suivi proposé, sans interprète

Le nombre de patients par groupe est de 50, chiffre de convenance, car les groupes sont de taille variable dans la base de données (3771 entretiens infirmiers). En effet, le plus petit groupe (suivi psychologique, pas d'interprète) comprend 54 requérants dont les 50 premiers ont été pris pour l'étude. Le plus grand groupe (pas de suivi, pas d'interprète) en comprend 297, dont un requérant sur six a été sélectionné afin d'obtenir des dates comparables avec les autres groupes.

2.3. Variables évaluées

Pour chacun des groupes pour lesquels un suivi est programmé (suivi médical ou psychologique) ont été déterminés le pourcentage de patients venus au premier RDV après la visite sanitaire de frontière et la proportion de consultations jugées appropriées. Dans le groupe « pas de suivi proposé », ces deux variables n'ont pas pu être évaluées, en raison de l'absence de RDV programmé et donc de dossier médical pour ce RDV.

La pertinence de l'orientation vers la consultation médicale ou psychologique a été évaluée (toujours par la même personne, l'auteur, S. de Raemy) selon les critères suivants : un diagnostic est posé lors de la consultation médicale (après 3 consultations en six semaines), un traitement est prescrit (après 3 consultations en 6 semaines, excepté le traitement antidépresseur pouvant être prescrit plus tard), une plainte est émise par le patient, présence d'un motif de consultation, un suivi est organisé après la consultation. Sont considérés bien orientés dans le groupe de suivi psychologique (UVM) ceux pour lesquels un problème psychologique est retrouvé dans le motif de consultation ou le diagnostic. Un problème physique doit être présent dans le motif de consultation ou le diagnostic pour être bien orienté dans le groupe de suivi médical (Polimed).

Pour tous les groupes, le nombre de consultations médicales, de soutien psychologique, d'hospitalisations et de consultations aux urgences pendant les six mois de suivi a été également recensé.

Les motifs de consultation et les diagnostics lors de la première visite après l'examen sanitaire de frontière et les motifs des consultations en urgence ont été relevés.

Les variables suivantes ont été recherchées, mais n'ont pas donné lieu à une interprétation dans le cadre de ce travail, à savoir, pour chaque consultation : le motif de consultation, le diagnostic retenu à la fin de la consultation, l'annotation dans le dossier médical de la présence ou non d'un interprète lors de l'entretien, la prescription d'antidépresseur, d'anxiolytique ou de somnifère, les recherches de parasites effectuées ainsi que les cas adressés à des consultants spécialistes.

2.4. Collecte des données

Toutes les variables ont été recueillies à partir des dossiers médicaux par la même personne. Elles ont été ensuite saisies dans une base de données.

2.5. Analyse et statistique

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 6 (Statistical Package for Social Sciences, Chicago). Les différences entre les proportions ont été testées par les tests de χ^2 et de tendance linéaire. Pour les différences entre les moyennes, les tests ANOVA et de tendance linéaire ont été utilisés. Pour ces analyses statistiques, seules les valeurs de p inférieures au seuil de 0,001 ont été considérées statistiquement significatives.

3. RESULTATS

3.1. Description générale du collectif

270 patients ont pu être inclus dans l'étude. Sur les 300 dossiers sélectionnés, 30 cas ont été exclus, en raison soit de l'absence de dossier médical (4 cas), soit de l'existence d'un suivi médical antérieur à l'examen sanitaire de frontière qui rendait caduque le rôle de dépistage de l'entretien infirmier (27 cas). A noter qu'un cas présentait les deux motifs d'exclusion.

Un peu plus de la moitié des patients (59%, n= 159) sont des hommes (Tableau 1). Le pourcentage de patients de sexe masculin dans les différents groupes varie de 28 % (suivi médical avec interprète) à 81 % (suivi psychologique sans interprète). La proportion d'hommes est plus importante dans les groupes sans interprète (71 % à 81 %) que dans les groupes avec interprète (28 % à 51 %).

L'âge moyen des patients est de 30,5 ans. L'âge moyen des patients dans les différents groupes varie de 25,1 ans (pas de suivi sans interprète) à 41,2 ans (suivi médical avec interprète).

53% des patients venaient d'Europe, 36 % d'Afrique et 11 % de pays d'autres continents. Les patients originaires d'Europe étaient plus nombreux dans les groupes avec interprète (variation de 62 % à 85 %). On retrouve plus d'Africains dans les groupes sans interprète (variation de 53 % à 64 %).

Tableau 1: Caractéristiques démographiques du collectif

	Pas de dossier	Déjà suivi	Eligibles	Sexe ¹ homme		Age moyen ¹ (ans)	Pays d'origine ¹ (%)		
				n	%		Europe	Afrique	autres
Pas d'interprète – pas de suivi	-	3	47	34	72	25.1	40	53	7
Pas d'interprète – suivi Polimed*	1	4	45	32	71	29.0	20	64	16
Pas d'interprète – suivi UVM**	1	1	48	39	81	26.3	35	60	5
Interprète – pas de suivi	-	1	49	22	45	27.6	76	12	12
Interprète – suivi Polimed*	2***	9	40	11	28	41.2	62	20	18
Interprète – suivi UVM**	-	9	41	21	51	36.5	85	2	12
<i>Valeur de p</i>	<i>0.41</i>	<i>0.006</i>	<i>0.008</i>	<i><0.001</i>		<i><0.001</i>	<i><0.001</i>		
Total	4	27	270	159	59	30.5	53	36	11

¹ pour les personnes éligibles

*Suivi Polimed : suivi médical à orientation somatique (consultation de médecine générale, Policlinique de Médecine)

**Suivi UVM : suivi médical à orientation psychologique (Unité de médecine des voyages et des migrations) spécialisé dans la prise en soins des victimes de violence

*** 1 requérant déjà suivi, dont le dossier n'a pas été retrouvé

3.2. Déroulement du suivi médical

Une des variables recherchées dans les dossiers médicaux a consisté à évaluer si les patients étaient venus au RDV médical programmé par les infirmières à l'issue de l'examen sanitaire de frontière, RDV à orientation soit somatique, soit psychologique.

Globalement 81 % des patients sont venus au RDV (Tableau 2). Il y avait 174 RDV organisés à l'issue de l'examen sanitaire de frontière, 140 patients sont venus à ces RDV.

Pratiquement tous les patients (89 %) des patients du groupe « suivi médical sans interprète » sont venus au premier RDV et 80 % du groupe « suivi médical avec interprète » sont venus au premier RDV.

Plus des 2/3 (69 %) du groupe « suivi psychologique sans interprète » sont venus au premier RDV et 85 % du groupe « suivi psychologique avec interprète » sont venus au premier RDV.

Tableau 2. Proportion de patients venus au RDV et de consultations jugées appropriées

	Venu au RDV		Consultation appropriée	
	n	%	n	%
Total	140/174	81	136/140	97
Pas d'interprète – pas de suivi	-	-	-	-
Pas d'interprète – suivi médical*	40	89	37	93
Pas d'interprète – suivi psychologique**	33	69	32	97
Interprète – pas de suivi	-	-	-	-
Interprète – suivi médical*	32	80	32	100
Interprète – suivi psychologique**	35	85	34	97
<i>Valeur de p</i>		<i>0.08</i>		<i>0.38</i>

*Suivi médical : suivi à orientation somatique (consultation de médecine générale)

**Suivi psychologique : suivi médical à orientation psychologique (Unité de médecine des voyages et des migrations), spécialisé dans la prise en soins des victimes de violence

Une autre variable analysée a consisté à savoir si la consultation médicale (RDV programmé par les infirmières) était une consultation appropriée, en d'autres termes si le patient a été orienté adéquatement par les infirmières, à l'issue de l'examen sanitaire de frontière.

Dans l'ensemble, la consultation a été jugée appropriée dans 97 % (n=136/140) des cas (Tableau 2).

La consultation est appropriée dans 93 % (n=37) des cas dans le groupe « suivi médical sans interprète » et dans 100 % (n=32) des cas dans le groupe « suivi médical avec interprète ».

La consultation est appropriée dans 97 % (n=32) des cas dans le groupe « suivi psychologique sans interprète » et dans 97 % (n=34) des cas dans le groupe « suivi psychologique avec interprète ».

Les patients sont venus au premier RDV fixé après l'examen sanitaire de frontière dans 81 % des cas et la consultation médicale a été jugée appropriée dans 97 % des cas, ce qui signifie que l'orientation vers un suivi médical à l'issue de l'entretien infirmier de dépistage était adéquate dans 97 % des situations.

3.3. Influence des facteurs socio- démographiques

Il n'existe pas de relation significative entre la venue au premier RDV et le type de soins proposé, l'âge, le sexe, l'origine du patient ou la présence ou non d'un interprète lors de la visite sanitaire de frontière (Tableaux 3 et 4).

Sont venus au premier RDV 82 % (n=71) des hommes ; 80 % (n=103) des femmes ; 77 % (n=34) des patients de 15-20 ans ; 72 % (n=43) des patients de 21-26 ans ; 83 % (n=52) des patients de 27-37 ans ; 89 % (n=45) des patients de 38-89 ans ; 79 % (n=86) des patients originaires d'Europe ; 79 % (n=67) des patients originaires d'Afrique ; 91 % (n=21) des patients originaires d'autres pays ; 85 % (n=85) des patients adressés pour un suivi médical ; 76 % (n=89) des patients adressés pour un suivi psychologique ; et 83 % (n=81) des patients ayant bénéficié de la présence d'un interprète lors de la visite sanitaire de frontière.

Tableau 3. Caractéristiques socio- démographiques influençant la venue au RDV.

	Venus au RDV		
	n	%	Valeur de p
Sexe			<i>0.73</i>
Homme	71	82	
Femme	103	80	
Age			<i>0.07¹</i>
15-20	34	77	
21-26	43	72	
27-37	52	83	
38-89	45	89	

¹ Test de tendance linéaire

Tableau 4. Autres caractéristiques socio- démographiques influençant la venue au RDV.

	Venus au RDV		
	n	%	Valeur de p
Origine géographique			<i>0.47</i>
Europe	86	79	
Afrique	67	79	
Autre	21	91	
Type de suivi			<i>0.17</i>
Médical (Policlinique de Médecine)	85	85	
Psychologique (UVM)	89	76	
Présence d'un interprète	81	83	<i>0.48</i>
Type d'interprète			<i>0.68</i>
Aucun	93	79	
Interprète formé	46	85	
Interprète non formé	35	80	

3.4. Type de suivi

Afin d'évaluer l'utilisation des services de santé par les demandeurs d'asile dans les six mois suivant la visite sanitaire de frontière et de faire une comparaison entre les différents groupes, nous avons réparti l'ensemble des cas (n=270) dans trois groupes différents, et calculé pour chacun de ces groupes le pourcentage de consultations médicales, psychologiques, en urgence, réalisées dans les six mois suivant l'examen sanitaire de frontière, ainsi que le pourcentage d'hospitalisations et la somme de toutes les consultations dont chaque patient a bénéficié.

Les trois groupes ont été sélectionnés de la manière suivante :

- a. Patients chez qui un suivi médical ou psychologique avait été prévu, effectivement venus au RDV
- b. Patients pour lesquels un suivi avait été organisé, mais qui ne sont pas venus au RDV programmé
- c. Patients pour lesquels il n'y a pas eu de suivi médical organisé à l'issue de l'examen sanitaire de frontière

Les différentes ressources médicales étudiées sont des consultations de médecine générale (consultation à la Policlinique de Médecine), des consultations à orientation psychologique (consultation UVM), des consultations en urgence, les hospitalisations et tous types de consultation confondus (Tableau 5).

Tableau 5. Utilisation des ressources médicales pendant les 6 mois suivant la visite sanitaire de frontière.

	n	(%)	Suivi prévu, venu (a) (n=140) (%)	Suivi prévu, pas venu (b) (n=34) (%)	Pas de suivi prévu (c) (n=96) (%)	Valeur de p ¹
Consultation Polimed*	106	(39)	56	21	21	0.98
Consultation UVM**	75	(28)	47	15	4	0.04
Consultation en urgence	67	(25)	28	24	21	0.74
Toutes consultations	183	(68)	100	35	33	0.84
Hospitalisations	10	(4)	4	12	1	0.005

¹ test de chi-carré entre groupes (b) et (c) * Polimed : Policlinique de Médecine (médical)

**UVM : Unité de médecine des voyages et des migrations (psychologique)

Au total, tous groupes confondus, on retrouve 106 personnes ayant eu une consultation médicale (Polimed), 75 une consultation psychologique (UVM), 67 une consultation en urgence, 183 une consultation (médicale, psychologique ou en urgence) et 10 patients ont été hospitalisés.

Dans le groupe de patients « suivi prévu, patient venu » (n=140), on constate que 56% des patients ont eu au moins une consultation médicale, que 47% ont eu au moins une consultation psychologique, que 28% ont consulté en urgence, que 100 % ont eu au moins une consultation (toutes consultations confondues : médicale, psychologique ou en urgence) et que 4 % ont été hospitalisés.

Dans le groupe de patients « suivi prévu, patient pas venu » (n=34), on relève que 21 % des patients ont eu au minimum une consultation médicale, 15 % au moins une consultation psychologique, 24 % au moins une consultation en urgence, 35 % au minimum une consultation (soit médicale, soit psychologique, soit en urgence) et que 12 % ont été hospitalisés.

Dans le groupe de patients « pas de suivi prévu » (n=96), on constate que 21 % ont toutefois nécessité une consultation médicale, 4 % une consultation psychologique, 21 % une consultation en urgence, 33 % au moins une consultation (toutes consultations confondues), et 1 % ont été hospitalisés.

3.5. Fréquence des consultations

Pour l'ensemble des patients (270 requérants), on note sur les six mois de suivi un total de 725 consultations et 10 hospitalisations (Tableau 6). De manière plus détaillée, on retrouve 384 consultations de médecine générale (Polimed), 247 consultations de suivi psychologique (UVM) et 94 consultations en urgence.

En moyenne, un requérant a bénéficié de 2,7 consultations sur six mois et a été hospitalisé dans 0,04 % des cas. L'incidence des consultations de médecine générale sur six mois est de 1,42, de 0,9 pour les consultations à orientation psychologique et de 0,4 pour les consultations en urgence.

Le nombre moyen de consultations par requérant n'est pas influencé par le sexe du patient. Toutes consultations confondues, on retrouve la même incidence dans les deux sexes. Sur les dix hospitalisations notées, on constate une incidence plus élevée chez les femmes (0,08 contre 0,01) avec un p statistiquement significatif ($p = 0,001$).

L'âge influence le taux de consultations de médecine générale et d'hospitalisations de manière significative. Plus le requérant est âgé, plus grande est l'incidence des consultations médicales et celle des hospitalisations. On constate que le nombre de toutes les consultations confondues augmente avec l'âge. On ne retrouve pas de relation entre l'âge et l'incidence des consultations psychologiques, ni celle des consultations en urgence.

Selon l'origine géographique du requérant d'asile, on retrouve un nombre de consultations variables. L'incidence des consultations médicales et de toutes les consultations confondues est plus élevée chez les Africains que les Européens, elle est encore plus grande pour le groupe « autres pays ». En ce qui concerne les autres types de consultations ou les hospitalisations, il n'existe pas de différence significative selon l'origine du patient.

Tableau 6. Utilisation des ressources médicales (nombre moyen de consultations par personne pour 6 mois de suivi), pour 270 requérants d'asile (ANOVA : valeurs de p entre parenthèses).

	Consult. Polimed* (n=384) moyenne	Consult. UVM** (n=247) moyenne	Consult. urgences (n=94) moyenne	Toutes consult. (n=725) moyenne	Hospitalisation (n=10) moyenne
Sexe	(0.19)	(0.23)	(0.78)	(0.86)	(0.001)
Homme	1.3	1.0	0.4	2.7	0.01
Femme	1.6	0.8	0.3	2.7	0.08
Age ¹	(<0.001)	(0.96)	(0.30)	(0.006)	(0.02)
15-20	0.9	1.0	0.3	2.2	-
21-26	1.1	0.8	0.5	2.3	0.03
27-37	1.5	1.1	0.4	2.9	0.04
38-89	2.3	0.9	0.2	3.4	0.08
Origine	(0.03)	(0.45)	(0.14)	(0.03)	(0.40)
Europe	1.1	1.0	0.3	2.3	0.05
Afrique	1.7	0.8	0.5	2.9	0.03
Autre	2.1	1.2	0.3	3.6	-
Total	1.42	0.9	0.4	2.7	0.04

¹ Test de tendance linéaire.
psychologiques

*Polimed : consultations médicales

** UVM : consultations

Le nombre de consultations de médecine générale est plus important dans le groupe de patients « suivi Polimed » (Policlinique de Médecine) de manière significative ($p < 0,001$).

L'incidence des consultations à orientation psychologique est plus grande dans le groupe de suivi UVM (Unité de médecine des voyages et des migrations) ($p < 0,001$) (Tableau 7).

Le taux moyen d'hospitalisation varie significativement selon les différents groupes de suivi, il est le plus important dans le groupe de suivi médical et le moins élevé dans le groupe où aucun suivi n'était prévu.

Les hospitalisations des dix patients ont été effectuées dans les services suivants : gynécologie (2 patients), chirurgie digestive (3), psychiatrie (2), médecine interne (1), ophtalmologie (1), oto-rhino-laryngologie (1) et chirurgie cardio-vasculaire (1). A noter qu'un patient a été hospitalisé en médecine interne, puis transféré en psychiatrie. Les diagnostics ou motifs d'hospitalisation suivants ont été retrouvés : opération d'une tumeur de l'ovaire (gynécologie), avortement (gynécologie), abcès périrectal (chirurgie digestive), cholélithiase symptomatique avec éventration récidivante au niveau de l'appendicectomie (chirurgie digestive), kyste biliaire hépatique avec amibiase intestinale (chirurgie digestive), hospitalisation non volontaire pour idées suicidaires (psychiatrie), démence de type dégénérative (Alzheimer) avancée (médecine interne et psychiatrie), opération de la cataracte (ophtalmologie), adénoïdectomie, cervicotomie exploratrice avec exérèse d'un kyste cervical (tumeur bénigne de la peau cervico-faciale) (oto-rhino-laryngologie), stripping et crossectomie des veines saphènes internes et externes des deux côtés (chirurgie cardio-vasculaire).

Il n'existe pas de relation entre la présence ou non d'un interprète et l'incidence des consultations ou hospitalisations, de même, le type d'interprète présent lors de l'évaluation infirmière initiale (interprète formé, non formé ou aucun interprète) n'a pas d'influence.

Selon l'orientation effectuée lors de la visite sanitaire de frontière, on constate une différence significative du nombre moyen de consultations entre les trois groupes de suivi (Tableaux 7 et 8). L'incidence des consultations et des hospitalisations est la plus faible dans le groupe où aucun suivi n'était prévu. Le taux de consultations (toutes consultations confondues) est le plus élevé dans le groupe de suivi médical.

Tableau 7. Utilisation des ressources médicales (nombre moyen de consultations par personne pour 6 mois de suivi) pour 270 requérants d'asile, selon le type de suivi, la présence et le type d'interprètes (ANOVA : valeurs de p entre parenthèse).

	Consult. Polimed* (n=384) moyenne	Consult. UVM** (n=247) moyenne	Consult. urgences (n=94) moyenne	Toutes consult. (n=725) moyenne	Hospitalisation (n=10) moyenne
Type de suivi	(<i><0.001</i>)	(<i><0.001</i>)	(<i>0.34</i>)	(<i>0.20</i>)	(<i><0.001</i>)
UVM**	0.3	2.6	0.3	3.2	0.04
Polimed*	3.7	0.1	0.4	4.2	0.06
Aucun	0.5	0.1	0.3	0.9	0.01
Présence d'un interprète	(<i>0.87</i>)	(<i>0.95</i>)	(<i>0.05</i>)	(<i>0.76</i>)	(<i>0.45</i>)
Oui	1.5	0.9	0.3	2.6	0.05
Non	1.4	0.9	0.4	2.7	0.03
Type d'interprètes	(<i>0.25</i>)	(<i>0.86</i>)	(<i>0.11</i>)	(<i>0.70</i>)	(<i>0.66</i>)
Aucun	1.4	0.9	0.4	2.7	0.03
Interprète formé	1.2	1.0	0.3	2.5	0.05
Interprète non formé	1.8	0.8	0.2	2.9	0.04

* Polimed : consultations médicales **UVM : consultations psychologiques

Le taux moyen de consultations est le plus grand dans le groupe pour lesquels un suivi était prévu et les patients sont venus (4,3 consultations par personne) (Tableau 8). Le nombre d'hospitalisations augmente dans le groupe pour lesquels un suivi était prévu, mais les patients ne sont pas venus au RDV. De nouveau, on constate une incidence plus faible de consultations et d'hospitalisations dans le groupe de patients pour lesquels aucun suivi n'a été jugé nécessaire.

Tableau 8. Utilisation des ressources médicales (nombre moyen de consultations par personne pour 6 mois de suivi) pour 270 requérants d'asile, selon le type de suivi recommandé lors de la visite sanitaire de frontière et celui qui s'est effectivement déroulé pendant les 6 mois suivant celle-ci (ANOVA : valeurs de p entre parenthèses).

	Consult. Polimed* (n=384) moyenne	Consult UVM** (n=247) moyenne	Consult. urgences (n=94) moyenne	Toutes consult. (n=725) moyenne	Hospitalisation (n=10) moyenne
Type de suivi recommandé lors de la VSF	(<i><0.001</i>)	(<i><0.001</i>)	(<i>0.06</i>)	(<i><0.001</i>)	(<i>0.16</i>)
Pas d'interprète – pas de suivi	0.5	0.1	0.5	1.1	-
Pas d'interprète – suivi Polimed*	3.4	-	0.4	3.8	0.02
Pas d'interprète – suivi UVM**	0.4	2.6	0.4	3.3	0.06
Interprète – pas de suivi	0.5	0.1	0.1	0.6	0.02
Interprète – suivi Polimed*	4.0	0.1	0.5	4.6	0.1
Interprète – suivi UVM**	0.2	2.7	0.3	3.2	0.02
Suivi pendant les 6 mois après la VSF	(<i><0.001</i>)	(<i><0.001</i>)	(<i>0.50</i>)	(<i><0.001</i>)	(<i>0.02</i>)
Suivi prévu, venu	2.3	1.6	0.4	4.3	0.04
Suivi prévu, pas venu	0.4	0.6	0.4	1.3	0.12
Pas de suivi prévu	0.5	0.1	0.3	0.9	0.01

*Polimed : consultations médicales **UVM : consultations psychologiques

3.6. Motifs de consultation et diagnostics

Les principaux motifs de consultation et diagnostics pour la première visite après l'examen sanitaire de frontière (Tableau 9) ont été relevés. Plusieurs motifs et plusieurs diagnostics peuvent être présents lors d'une même consultation.

Tableau 9. Motifs de consultation et diagnostics les plus fréquemment rencontrés lors de la première visite, pour 270 requérants d'asile

Motifs de consultation (n)	Diagnostics (n)
1. Troubles du sommeil (32)	1. Dyspepsie (23)
2. Dorso- lombalgies (22)	2. Trouble de l'adaptation (23)
3. Céphalées (20)	3. Dorso- lombalgies (20)
4. Douleurs épigastriques (18)	4. PTSD (20)
5. Bilan de santé (16)	5. Troubles anxieux (20)
6. Soutien psychologique (12)	6. Céphalées (18)
7. Douleurs ou plaintes multiples (11)	7. Séquelles de violence, torture (18)
8. Douleur abdominale (9)	8. Etat dépressif (15)
9. Douleur ostéo- articulaire (8)	9. Hypertension artérielle (13)
10. Brûlures mictionnelles (7)	10. Constipation (11)
11. Hypertension artérielle (7)	11. Etat de stress aigu, réaction de stress (6)
12. Anxiété (6)	12. Insomnie (10)
13. Constipation (6)	13. Infection urinaire (7)
14. Dyspnée (5)	14. Hémorroïdes (5)
15. Douleur membre(s) inférieur(s) (4)	15. Asthme (4)
16. Lésions cutanées (4)	16. Douleur ostéo- articulaire (4)
17. Nervosité (4)	17. Grossesse (4)
18. Palpitations (3)	18. Hépatite B (4)
19. Parasitose (3)	19. Parasitose (4)
20. Séquelles de violence, torture (3)	20. Côlon spastique (3)
21. Vertiges (3)	21. Troubles thyroïdiens (3)

Au total, on relève 68 motifs de consultations et 95 diagnostics différents lors de la première visite après le dépistage. Seulement ceux présents au minimum chez 3 requérants figurent dans le tableau.

On relève 6 cas sans motif de consultation et 24 cas sans diagnostic notés dans le dossier lors de la première visite.

Plusieurs pathologies déjà présentes lors de la première visite ont nécessité plusieurs consultations pour établir un diagnostic définitif. Ils ont été intégrés dans le tableau ci-dessus et sont les suivants : PTSD (10), trouble anxieux (9), trouble de l'adaptation (8), état dépressif (5), séquelles de violence (4), hypertension artérielle (1), hépatite B (3), céphalées mixtes post-traumatiques avec composante tensionnelle et migraineuse (1).

Les motifs de consultation en urgence ont été recherchés pour les différents groupes de suivi (Tableau 10). Plusieurs motifs de consultation peuvent être présents lors d'une même consultation.

L'absence de motif de consultations annoté dans le dossier est constatée à 19 reprises (10 pour le groupe de suivi médical, 4 pour le groupe de suivi psychologique et 5 pour le groupe sans suivi prévu).

Tableau 10. Motifs de consultation en urgence pour les 3 groupes de suivi

Motifs de consultation en urgence (suivi médical)	
1.	Etat grippal/ infection des voies aériennes supérieures (5)
2.	Dyspepsie (2)
3.	Luxation épaule (2)
4.	Toux sur bronchite ou pneumonie (2)
5.	Asthme (1)
6.	Baisse état général (1)
7.	Chute avec douleur membre supérieur (1)
8.	Constipation (1)
9.	Contrôle évolution infection urinaire haute (1)
10.	Douleurs abdominales sur lithiase vésiculaire (1)
11.	Douleur dentaire (1)
12.	Douleurs diffuses avec lombalgies (1)
13.	Douleur épaule sur périarthrite scapulo-humérale (1)
14.	Douleurs rétrosternales atypiques (1)
15.	Douleur sein avec nodule et sang sur mastite (1)
16.	Dysphagie et diarrhées sur parasitose (1)
17.	Dysurie sur infection urinaire et urétrite à Chlamydia Trachomatis (1)
18.	Hématurie macroscopique sur pyélonéphrite compliquée (1)
19.	Hypertension artérielle inaugurale (1)
20.	Malaise (1)
21.	Suspicion tuberculose (1)
Motifs de consultation en urgence (suivi psychologique)	
1.	Douleur thoracique (4)
2.	Etat grippal (3)
3.	Angine bactérienne (2)
4.	Asthme (2)
5.	Dyspepsie (2)
6.	Lombalgies aiguës (2)

7. Accident de voie publique avec perte de connaissance et traumatisme crânien (1)
8. Brûlures mictionnelles (1)
9. Céphalées sur hypertension artérielle (1)
10. Constipation (1)
11. Crise épilepsie (1)
12. Diarrhées (1)
13. Douleur flanc et loge rénale (1)
14. Douleur poignets post-traumatique (1)
15. Plaie (1)
16. Toux (1)

Motifs de consultation en urgence (sans suivi)

1. Brûlures mictionnelles (4)
2. Dorso- lombalgies (3)
3. Infection des voies aériennes supérieures (3)
4. Dyspepsie (2)
5. Nausées et vomissements sur gastro-entérite et grossesse (2)
6. Chute sans perte de connaissance sur hypotension orthostatique (1)
7. Constipation (1)
8. Douleur hanche après accident de la voie publique (1)
9. Douleurs oculaires avec troubles visuels (1)
10. Etat fébrile sur varicelle (1)
11. Fracture de la tête radiale (1)
12. Palpitations (1)
13. Rhinite chronique allergique (1)

4. DISCUSSION

Limitations de l'étude

Les difficultés rencontrées lors de ce travail de recherche reposent sur le fait qu'il s'agit d'une étude rétrospective basée sur l'analyse de dossiers médicaux. Les données des dossiers étaient parfois incomplètes en raison de dossier insuffisamment remplis (manque de notion de motif de consultation, de diagnostic par exemple). Dans les consultations de suivi, la présence d'un interprète était très rarement mentionnée, probablement par oubli de la part du médecin qui n'a pas jugé cette information nécessaire.

Il existe aussi un biais de sélection compte tenu de la méthodologie par groupe adoptée.

Dans les groupes sans interprètes, on ne détermine pas si l'interprète est absent parce qu'on n'en a pas besoin ou parce qu'il n'est pas disponible.

La méthode utilisée pour juger de l'adéquation des consultations comprend aussi une limite : un seul expert (l'auteur) a effectué cette classification et sur la base de critères très larges, établis d'après l'expérience clinique de trois médecins (Dr S. Durieux-Paillard, Dr P. Bovier et l'auteur) et non issus de la littérature. Cette limitation peut expliquer le très haut taux de consultations jugées appropriées.

Besoins de santé des requérants et leur dépistage

La population requérante d'asile présente des problèmes de santé spécifiques, en raison d'un parcours de vie marqué par des événements traumatiques, une migration le plus souvent peu préparée et anticipée et des conditions de vie précaires à l'arrivée dans le pays d'accueil. Il est par conséquent nécessaire de pouvoir identifier efficacement les besoins de santé des requérants lors de leur arrivée dans le pays hôte. D'une part, comme on l'a vu, pour dépister les maladies à potentiel épidémique et protéger la population autochtone, et d'autre part pour offrir une réponse adéquate aux problèmes de santé présentés par le requérant, et notamment en matière de santé mentale. Connaître les maladies somatiques et psychologiques les plus fréquemment rencontrées dans cette population permet d'être plus à même de les repérer et de les prendre en charge de manière optimale.

Les maladies somatiques souvent retrouvées sont la tuberculose, l'hépatite B, les maladies parasitaires, le HIV et les problèmes dentaires. Les maladies mentales importantes chez le requérant d'asile sont le PTSD, la dépression, les troubles anxieux et les somatisations. L'absence de mise à jour des vaccinations reste un problème courant.

Afin d'effectuer un dépistage des besoins de santé, il peut être utile d'avoir recours à un questionnaire standardisé permettant un repérage systématique des problèmes somatiques et psychologiques et, de là, une orientation optimale dans le système de soins existant.

L'hypothèse de départ de ce travail était que les infirmières effectuent efficacement leur travail et que 90 % des orientations après triage sont bonnes. La seconde hypothèse est que la présence d'un interprète lors de l'entretien améliore la qualité du dépistage, comme démontré lors d'une étude précédente (Bischoff, 2003).

Caractéristiques de l'étude

Une bonne proportion des dossiers (90 %) a pu être incluse, l'analyse des 270 dossiers procure une source de données satisfaisante. La subdivision en six groupes donne des appariements avec un collectif de taille plus petite (n=50). Cinquante est un chiffre de convenance, car les groupes sont de taille variable dans la base de données.

L'analyse des dossiers sur six mois représente une bonne période de recul et en même temps reste suffisamment proche de l'entretien de dépistage.

Caractéristiques socio- démographiques

Concernant les caractéristiques socio -démographiques des requérants d'asile inclus dans l'étude, on retrouve une répartition des sexes relativement équilibrée : 59 % d'hommes et 41 % de femmes. Il est intéressant de noter que cette répartition des sexes correspond à celle que l'on retrouve dans les statistiques de l'Office fédéral des réfugiés en matière d'asile pour l'année 2003 : parmi 89'285 personnes relevant du domaine de l'asile, on recense 53'611 hommes (60 %) et 35'674 femmes (40 %) (Statistiques de l'Office fédéral des réfugiés, 2003). La répartition des sexes dans cette étude concorde avec celle retrouvée chez la population requérante en Suisse. Dans la littérature, on retrouve des valeurs semblables : 50,3 % (Lopez-Vélez, 2003), 47 % (Jaranson, 2004), 52,9 % de femmes (Turner, 2003).

La répartition des sexes n'est pas identique dans tous les groupes. En effet, le pourcentage de patients de sexe masculin dans les différents groupes varie de 28 % (suivi médical avec interprète) à 81 % (suivi psychologique sans interprète). La proportion d'hommes est plus importante dans les groupes sans interprète (71% à 81%) que dans les groupes avec interprète (28% à 51%). Les pistes possibles pour expliquer la prédominance de patients de sexe masculin dans les groupes sans interprète sont les suivantes : plus d'hommes parlaient français lors de l'examen sanitaire de frontière (langue maternelle ou apprise secondairement), plus d'hommes étaient originaires de pays francophones (exemple : jeunes

Africains hommes ; à noter que l'origine africaine prédomine dans les groupes sans interprète), plus d'hommes n'ont pas pu bénéficier d'un interprète lors de l'entretien de dépistage (absence d'interprète).

Les patients requérants d'asile sont jeunes. L'âge moyen constaté dans cette étude est de 30,5 ans. Selon les statistiques de l'Office fédéral des réfugiés, la population requérante d'asile est également jeune avec une majorité de requérants (exceptés les personnes admises à titre provisoire) ayant moins de 30 ans : 28'107 requérants de moins de 30 ans et 13'094 requérants de 30 ans ou plus, avec un maximum de 8523 requérants dans la tranche d'âge des 20-24 ans (statistiques de l'Office fédéral des réfugiés, 2003). L'âge moyen de la population d'immigrants étudiée dans le travail de Lopez-Vélez et al est de 28 ans (Lopez-Vélez, 2003), celui des requérants de l'étude d'Eytan et al de 30 ans (Eytan, 2007). On trouve une moyenne d'âge un peu plus élevée dans le travail de Turner et al à 38,1 ans (Turner, 2003).

La jeunesse de la population requérante est probablement liée à un biais de sélection : les demandeurs d'asile qui arrivent en Suisse sont ceux qui ont été capables de quitter leur pays et de survivre au processus de migration. Le jeune âge moyen des patients est caractéristique d'une consultation de requérants d'asile que l'on ne retrouve pas en médecine générale habituelle. Il est intéressant de voir que les patients sont plus âgés dans les groupes de suivi médical. En effet, l'âge moyen des patients dans les différents groupes varie de 25,1 ans (pas de suivi sans interprète) à 41,2 ans (suivi médical avec interprète). Dans le groupe suivi médical, on retrouve des patients plus âgés traités pour des pathologies somatiques. Dans le groupe sans suivi prévu, les patients sont jeunes et en bonne santé.

Contrairement à certaines études (Turner 2003, Gilgen 2002, Jaranson 2004), ce travail englobait des requérants provenant de divers pays offrant une plus grande diversité au sein de la population étudiée. Dans ce travail, on observe une prédominance de requérants (53%) dont le pays d'origine se trouve en Europe (Balkans et Europe de l'Est). 36 % proviennent d'Afrique (principalement Algérie, Angola, RDC, ex-Zaïre, Ethiopie, Guinée, Mali, Sierra Leone, Somalie) et 11 % d'autres pays (principalement Afghanistan, Irak, Sri Lanka, Turquie, Yémen). Les patients originaires d'Europe étaient plus nombreux dans les groupes avec interprète (variation de 62 % à 85 %). Logiquement, on retrouve plus d'Africains dans les groupes sans interprète (variation de 53 % à 64 %) puisque les pays d'origine sont francophones ou anglophones.

Requérants venus au RDV

Les résultats de cette étude montrent qu'un pourcentage élevé de requérants (81 %) sont venus au premier RDV fixé à l'issue de l'examen sanitaire de frontière. Les requérants présentent des problèmes de santé, ils ont besoin de soin et souhaitent une prise en charge médicale ou psychologique, ils viennent donc au RDV proposé. La venue au RDV démontre également une bonne compréhension et une bonne transmission des informations lors de l'entretien de la visite sanitaire.

Un cinquième des patients (19 %) ne sont pas venus au RDV fixé. Différentes hypothèses peuvent être évoquées : oubli du RDV, mauvaise compréhension des informations données ou impossibilité de trouver le lieu du RDV, mauvaise orientation, suivi jugé inutile par le patient, crainte de la consultation.

Il n'y a pas de différence significative entre les différents groupes de suivi dans la venue au premier RDV. La venue au RDV varie de 69 % pour le groupe « pas d'interprète - suivi psychologique » à 89 % pour le groupe « pas d'interprète - suivi médical » avec une tendance à une plus grande venue au RDV pour des problèmes somatiques. La venue au premier RDV ne dépend pas de façon significative du type de soin proposé, de l'âge, du sexe, de l'origine, ni de la présence d'un interprète lors de l'entretien. 82 % des hommes sont venus au RDV, 80 % des femmes. 79% des Européens se sont présentés au RDV, 79 % des Africains et 91 % des autres pays. La venue au RDV est un peu plus en lien avec l'âge (le RDV honoré croissant avec l'âge) : 89 % des 38-89 ans sont venus contre 72 % des 21-26 ans.

Efficacité de la méthode de dépistage

L'objectif de ce travail consistait à démontrer si la méthode de dépistage des problèmes de santé des requérants d'asile utilisée lors de l'examen sanitaire de frontière était efficace et permettait une bonne orientation des patients vers les réseaux de soins. Une des variables analysées a consisté à savoir si la consultation médicale (RDV médical programmé par les infirmières) était une consultation appropriée, en d'autres termes si le patient a été orienté de manière adéquate suite à l'examen sanitaire de frontière.

Dans l'ensemble, la consultation a été jugée appropriée dans 97 % des cas et de ce fait l'orientation vers un suivi médical à l'issue de l'entretien de dépistage était adéquate. Par conséquent, le dépistage effectué lors de l'examen sanitaire de frontière est très bon et la méthode utilisée est efficace. Aucune différence significative entre les divers groupes de suivi n'a été retrouvée pour la détermination des consultations jugées appropriées. Les consultations jugées appropriées dans le groupe de suivi médical sont de 93 % sans interprète

et de 100 % avec interprète, dans le groupe de suivi psychologique, elles sont de 97 % (avec et sans interprète).

L'adéquation de l'orientation vers un suivi à l'issue de l'examen de dépistage a été analysée pour les groupes « suivi médical » et « suivi psychologique ». L'orientation globale adéquate à 97 % ne tient compte que des cas orientés vers un suivi (évaluation des RDV fixés à l'issue de l'entretien de dépistage). Cette analyse n'a pas pu être effectuée pour le groupe « pas de suivi ». Pour tous les requérants pour lesquels aucun suivi n'a été jugé nécessaire, il n'y a pas de RDV programmé et par conséquent aucune évaluation de l'adéquation de la consultation. On ne peut pas déterminer de cette manière si ces requérants étaient bien orientés dans le groupe sans suivi, en d'autres termes si effectivement ils ne nécessitaient pas de suivi.

Cependant, par le biais de l'analyse de l'utilisation des ressources médicales par les requérants pendant les six mois de suivi, on peut estimer que l'orientation était bonne aussi pour le groupe sans suivi. En effet, on retrouve moins de consultations et d'hospitalisations pour ce groupe, argument en faveur d'une bonne orientation.

Un autre argument pour confirmer l'adéquation de l'orientation des patients lors du dépistage consiste en ce que la filière définie au départ reste respectée pendant les six mois de suivi. Le nombre de consultations de médecine générale est plus important dans le groupe de patients suivi Polimed (médical) de manière significative. L'incidence des consultations à orientation psychologique est plus grande dans le groupe de suivi UVM (psychologique) également de manière significative.

Utilisation des ressources médicales par les requérants d'asile

Les résultats démontrent que la population requérante d'asile présente des problèmes de santé et nécessite une prise en charge. Sur les six mois de suivi, on note pour l'ensemble des patients (270 requérants) un total de 725 consultations et 10 hospitalisations. De manière plus détaillée, on retrouve 384 consultations de médecine générale, 247 consultations de suivi psychologique et 94 consultations en urgence. En moyenne, un requérant a bénéficié de 2,7 consultations sur six mois et a été hospitalisé dans 0,04% des cas. L'incidence des consultations de médecine générale sur six mois est de 1,42, de 0,9 pour les consultations à orientation psychologique et de 0,4 pour les consultations en urgence. Toutefois, il faut souligner qu'il existe un biais dans les chiffres mentionnés. En effet, il ne s'agit pas d'une population de requérants d'asile tout venant, mais d'un échantillon dont les 2/3 ont besoin d'une consultation médicale ou psychologique. On a sélectionné 200 / 300 requérants pour lesquels un suivi a été jugé nécessaire. Il s'agit d'une population présentant plus de problèmes de santé pour laquelle on s'attend à retrouver un nombre moyen de consultations plus élevé.

Il est intéressant de comparer ces valeurs à celles d'une étude sur les besoins de santé des étudiants à l'Université de Genève (Bovier, 1998). Les étudiants ont en moyenne 9,4 consultations par année et par personne, chiffre élevé par rapport à la population genevoise en général et par rapport à la population requérante ($n= 5,4$ / an). Pour les étudiants à l'Université de Genève, l'incidence des consultations chez un médecin de famille était de 0,79, chez un médecin psychiatre de 0,65, chez des psychologues de 0,41, dans un service d'urgence de 0,15 et de 0,04 % pour les hospitalisations. Ces deux populations, étudiants et requérants partagent une caractéristique commune : leur jeune âge. On retrouve le même taux d'hospitalisations dans les deux études, plus de consultations de médecine générale et en urgence chez les requérants.

Selon les données de l'OCDE, chaque habitant en Suisse présente 3,4 consultations chez le médecin dans l'année 2005 (OCDE, 2007). Les valeurs de l'OCDE donnent un comparatif, mais sont à pondérer. En effet, elles concernent la population en général et ne tiennent pas compte de l'âge. On ne compare pas les mêmes populations, les requérants d'asile étant une population jeune en relativement bonne santé. De plus, les données ne datent pas de la même année.

Selon un travail de l'Observatoire Suisse de la Santé et de l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne, le recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse entre 2001 et 2006, dans le cadre de l'assurance obligatoire de soins (à l'exclusion de l'assurance accident, invalidité et les assurances complémentaires) varie entre 2-3 consultations par personne et par année avant 40 ans et 12-13 consultations par personne et par année à partir de 75 ans (OFS, 2008). Ces résultats permettent une meilleure comparaison avec la population requérante d'asile en ce qui concerne l'âge (< 40 ans), toutefois, l'année d'étude diffère et les consultations des requérants ont pu relever de l'assurance accident (essentiellement pour les consultations en urgence). Les requérants étudiés n'étaient pas au bénéfice de l'assurance- invalidité, ni des assurances complémentaires.

Chez la population requérante étudiée, l'incidence des consultations est la même chez l'homme et la femme, elle n'est pas influencée par le sexe. Une différence significative existe cependant entre les deux sexes pour l'incidence des hospitalisations, où l'on retrouve une proportion plus élevée de femmes.

L'âge influence de manière significative le taux de consultations de médecine générale et d'hospitalisations. Comme on peut s'y attendre, plus le patient est âgé, plus l'incidence d'hospitalisations et celle de consultations de médecine générale est élevée. Le nombre de toutes les consultations confondues augmentent également avec l'âge. Comme pour toute

population, les problèmes somatiques augmentent avec le vieillissement. Les résultats de ce travail montrent que l'âge n'influence pas l'incidence des consultations psychologiques, ni celle des consultations en urgence. Les problèmes psychologiques surviennent à n'importe quel âge.

On constate que les requérants orientés vers un suivi médical chez qui des pathologies somatiques sont dépistées lors de l'entretien de l'examen sanitaire de frontière, présentent le taux moyen d'hospitalisation le plus élevé. Le taux d'hospitalisation est le plus faible pour le groupe de requérants où aucun suivi n'était prévu. La différence entre les groupes est significative et correspond à un argument en faveur d'un dépistage efficace lors de l'examen sanitaire, de la pertinence de la décision et d'une orientation adéquate des patients par les infirmières.

Le nombre d'hospitalisations augmente dans un groupe particulier de patients qui ne se sont pas présentés au suivi indiqué lors de la visite d'entrée. 12 % de ceux-ci ont en effet été hospitalisés, alors que seulement 1 % du groupe sans suivi prévu l'a été et que 4 % des suivis prévus, patients venus, l'ont été également. Cela peut être expliqué par les hypothèses suivantes : le dépistage était bon lors de l'examen de la visite sanitaire de frontière, mais les patients n'ont pas montré une bonne observance ou bien ils n'ont pas compris le message donné par les infirmières et ne sont pas venus au suivi prévu. Une autre hypothèse consiste en ce que les hospitalisations n'ont pas de lien avec l'examen de dépistage et ont été effectuées pour des motifs indépendants d'une prise en charge médicale (chirurgie par exemple). Cependant, lorsque l'on analyse les motifs d'hospitalisation en question, on peut penser que la plupart d'entre eux auraient pu montrer des signes somatiques évocateurs lors de l'entretien de dépistage, comme détaillé plus haut et que la plupart des hospitalisations n'auraient probablement pas pu être évitées, même si le patient était venu au RDV prévu.

Un autre argument en faveur de l'adéquation de l'orientation lors du dépistage est la suivante. On constate une différence significative du nombre moyen de consultations entre les trois groupes de suivi. L'incidence des consultations et des hospitalisations est la plus faible dans le groupe où aucun suivi n'était prévu, ces requérants avaient effectivement moins besoin de suivi médical ou psychologique. Le taux de consultations (toutes consultations confondues) est le plus élevé dans le groupe de suivi médical, les patients chez lesquels des problèmes somatiques ont été dépistés lors de l'examen sanitaire ont nécessité un suivi plus important. De plus, on observe que le taux moyen de consultations est le plus grand de manière significative dans le groupe pour lesquels un suivi était prévu et les patients sont venus (4,3 consultations par personne), cela suggère aussi un bon dépistage. Toutefois, il est possible aussi que ces résultats évoquent une médicalisation des patients engendrant un nombre plus élevé de consultations.

Dans le groupe où aucun suivi n'est prévu, on retrouve comme on l'a dit moins de consultations, moins d'hospitalisations, mais un taux de consultations en urgence assez proche de celui des autres groupes, cependant sans augmentation de la fréquentation des urgences par rapport aux autres groupes.

Présence d'un interprète

Un problème spécifique à une consultation de requérants d'asile est la fréquente absence de langue commune entre le soignant et le patient. Contrairement à l'hypothèse de départ et à ce qu'on a pu constater dans d'autres études (Bischoff, 2003), les résultats ne montrent pas une amélioration significative du dépistage par la présence d'un interprète. En effet, sans interprète 93 % (groupe de suivi médical) et 97 % (groupe de suivi psychologique) des consultations sont jugées appropriées. La présence d'un interprète améliore ces résultats à 100 % (groupe de suivi médical) et 97 % (groupe de suivi psychologique), mais sans différence significative. De même, la venue au premier RDV ne dépend pas de la présence d'un interprète lors du dépistage de manière significative. De plus, il n'existe pas de relation entre la présence ou non d'un interprète et l'incidence des consultations ou hospitalisations, de même le type d'interprète (professionnel, non formé ou aucun interprète) n'a pas d'influence. Toutefois, on ne sait pas si l'entretien de dépistage s'est déroulé sans interprète du fait que le soignant et le patient parlaient la même langue.

Motifs de consultation et diagnostics

Dans ce travail, on retrouve des problèmes de santé semblables à ceux décrits dans la revue de la littérature. Les requérants d'asile de cette cohorte ont consulté le plus souvent la première fois pour des troubles du sommeil (11,9 %), des dorso- lombalgies (8,2%), des céphalées (7,4%), et des douleurs épigastriques (6,7%). Les diagnostics principaux rencontrés lors de la première visite sont : la dyspepsie (8,5%), le trouble de l'adaptation (8,5%), les dorso- lombalgies (7,4%), le PTSD (7,4%) et les troubles anxieux (7,4%). On relève dans la Stratégie Migration et Santé de l'OFSP que plus de 20 % des migrants de nationalité turque et ceux originaires du Kosovo souffrent de maux de dos, de céphalées et de forts troubles du sommeil (OFSP, 2007). La littérature montre que parmi les troubles typiques dont souffre la population migrante ayant vécu des épisodes de violence, on trouve les troubles de l'appareil locomoteur, les céphalées, les douleurs de poitrine, les maux d'estomac et l'insomnie (OFSP, 2007).

Les résultats de cette étude montrent en général une prévalence plus faible, probablement expliquée par le fait qu'il s'agit exclusivement de l'analyse ponctuelle des problèmes de santé

rencontrés lors de la première visite après l'examen sanitaire de frontière. La prévalence plus faible de l'hépatite B et des maladies parasitaires peut aussi être expliquée par l'hypothèse suivante : les cas d'hépatites ou de parasitoses relevés dans cette étude ont tous motivés une consultation médicale, il ne s'agit pas de porteurs d'anticorps ou de parasites diagnostiqués par dépistage comme mentionnés dans la littérature.

L'absence de diagnostic noté dans le dossier est relativement fréquente (24 cas) et 6 cas n'ont pas de motifs de consultation. Comme il s'agit d'une étude de cas rétrospective sur dossiers, aucune vérification de l'exactitude du diagnostic posé n'a pu être établie.

Le pourcentage de migrants ayant recours aux consultations d'urgence est semblable (28 à 21%) à travers les groupes considérés (suivi prévu, pas de suivi prévu). Les motifs des consultations en urgence ont été recherchés pour mieux comprendre le phénomène. Ces motifs sont semblables dans les divers groupes (suivi médical ou psychologique, sans suivi prévu). La plupart des problèmes rencontrés sont des pathologies somatiques aiguës (infections des voies aériennes supérieures, brûlures mictionnelles, douleur thoracique, lombalgies aiguës par exemple), ou sont parfois secondaires à un traumatisme (luxation épaule, chute, accident de la voie publique). Ces motifs justifient pour la plupart une consultation en urgence.

Des pathologies aiguës et par conséquent des consultations en urgence ne peuvent être évitées par le dépistage de l'examen sanitaire de frontière, ni par un suivi médical. Une hypothèse pour expliquer la consultation aux urgences à la place du médecin traitant repose sur le fait que l'agenda des consultations psychologiques ou médicales fonctionne sur rendez-vous, il est souvent rempli et ne réserve pas de place pour les urgences.

Une autre piste pour expliquer le nombre important de consultations en urgence dans le groupe de suivi prévu est le fait que plusieurs requérants du groupe de suivi médical sont adressés aux urgences par un soignant : par l'infirmière de la visite sanitaire de frontière (douleurs rétrosternales atypiques, hypertension artérielle inaugurale), par SOS médecins (malaise) ou par le médecin assurant le suivi médical (suspicion tuberculose).

De plus, les requérants pour lesquels un suivi a été prévu lors du dépistage, présentent des problèmes de santé et sont plus à risque de souffrir de pathologies pouvant les conduire aux urgences.

Une autre explication consiste en des rendez-vous de suivi manqués à plusieurs reprises se terminant par des consultations en urgence (1 cas : 4 RDV manqués, 1 cas : 1 RDV manqué).

De ce fait, la fréquentation des urgences par les migrants ne met pas en doute l'adéquation du dépistage lors de l'examen sanitaire de frontière, ni de la prise en charge médicale et psychologique, vu la justification des motifs de consultation en urgence.

5. CONCLUSION

Cette étude rétrospective montre que la méthode de dépistage des problèmes de santé chez les requérants d'asile utilisée à Genève jusqu'en octobre 2003 était efficace. 97% des consultations programmées à l'issue de l'entretien infirmier de l'examen sanitaire de frontière étaient jugées adéquates, attestant d'un bon dépistage et d'une bonne orientation dans le réseau de soins.

L'état de santé des requérants justifie des soins et ils viennent en grande majorité (81 %) au RDV de suivi programmé. Sur les six mois de suivi étudié, chaque requérant a bénéficié en moyenne de 2,7 consultations. Pour l'ensemble de la population étudiée, le nombre total de consultations sur six mois s'élève à 725, dont 53 % en médecine générale, 34 % de soutien psychologique et 13 % aux urgences.

L'orientation du suivi médical proposée par l'infirmière à l'issue de l'entretien de dépistage reste confirmée durant les six mois de suivi. On retrouve un plus grand nombre de consultations de médecine générale dans le groupe avec suivi médical et un plus grand nombre de consultations psychologiques dans le groupe avec suivi psychologique, un même patient pouvant consulter pour les deux motifs.

L'âge moyen des requérants inclus dans cette étude est de 30,5 ans, ce qui correspond à la moyenne d'âge fréquemment observée dans la littérature.

Les facteurs socio -démographiques identifiés ne semblent pas avoir d'impact sur les résultats, excepté un nombre d'hospitalisations plus élevé chez les femmes et l'influence de l'âge sur le taux de consultation de médecine générale et d'hospitalisation.

Enfin, contrairement à l'hypothèse de recherche, la présence d'un interprète lors de l'entretien de dépistage n'a pas d'influence sur les résultats observés dans ce travail.

6. REFERENCES

- Bischoff A, Bovier PA, Rrustemi I, Gariazzo F, Eytan A, Loutan L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med* 2003 Aug; 57(3):503-12. Erratum in: *Soc Sci Med* 2004 May; 58(9):1807.
- Bodenmann P, Madrid C, Vannotti M, Rossi I, Ruiz J. Migrations sans frontières mais ... barrières des représentations. *Rev Médic Suisse* 2007 ; 3 : 2710-7.
- Bovier P (auteur), Balavoine J.-F., Cavallero S., Dell'Ambrogio P., Garcin P., Loutan L, Perneger T., Schaller M., Schaller P (groupe de travail). Etude sur les besoins de santé des étudiants à l'Université de Genève. Institut de Médecine Sociale et Préventive, Département de Médecine Communautaire - HUG, mai 1998.
- CAT (Centre anti-tuberculeux), Statistiques 2000 transmises par le CAT des HUG.
- CAT (Centre anti-tuberculeux), Statistiques 2008 transmises par le CAT des HUG.
- Clark RC, Mytton J. Estimating infectious disease in UK asylum seekers and refugees: a systematic review of prevalence studies. *J Public Health* 2007, 29 (4): 420-8.
- De Clercq Michel, Lebigot François. Les traumatismes psychiques. Paris : Editions Masson, 2001. p. 70.
- De Jong J, Komproe I, Van Ommeren M. Common mental disorders in postconflict settings. *Lancet* 2003, 361: 2128-30.
- Durieux-Paillard S, Dominicé Dao M, Junod Perron N. Patients migrants au cabinet médical : médecine générale ou pratique spécialisée ? *Rev Médic Suisse* 2007, 3 : 2167-70.
- Eytan A, Durieux-Paillard S, Whitaker-Clinch B, Loutan L, Bovier P. Transcultural validity of a structured Diagnostic Interview to screen for Major Depression and Posttraumatic Stress Disorder Among Refugees. *J Nerv Ment Dis* 2007, 195 (9): 723-728.
- Genton B, D'Acremont V, Desgrandchamps D. Vaccination chez les migrants. *Med & Hyg* 2003 ; 61 : 2045-8.
- Gilgen D, Salis Gross C, Maeusezahl D, Frey C, Tanner M, Weiss M. G, Hatz C. Impact of Organized Violence on Illness, Experience of Turkish/Kurdish and Bosnian, Migrant Patients in Primary Care. *J Travel Med* 2002, 9: 236-243.
- Jaranson J M, Butcher J, Halcon L, Johnson D R, Robertson C, Savik K, Spring M, Westermeyer J. Somali and Oromo Refugees: correlates of torture and trauma history. *Am J Public Health* 2004, 94 (4): 591-598.

- Kennedy J, Seymour D J, Hummel B J. A Comprehensive Refugee Health Screening Program. Public Health Report 1999, 114: 469-77.
- Kroll J. Posttraumatic symptoms and the complexity of responses to trauma. JAMA 2003, 290 (5): 667-670.
- Laban C J, Gernaut H B, Komproe I H, van der Tweel I, De Jong J. Postmigration Living Problems and Common Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands. J Nerv Ment Dis 2005, 193: 825-832.
- Loutan L, Chagnat C-L. Afflux de réfugiés en Suisse : quels problèmes de santé ? Schweiz. Z. Milit. Med. 1994, 71 (4) : 105-109.
- Loutan L, Bierens de Haan D, Subilia L. La santé des demandeurs d'asile : du dépistage des maladies transmissibles à celui des séquelles post-traumatiques. Bull. Soc. Path. Ex. 1997, 90 (4) : 233-237.
- Lopez-Vélez R, Huerga H, Turrientes M C. Infectious diseases in immigrants from the perspective of a tropical medicine referral unit. Am J Trop Med Hyg 2003, 69 (1): 115-121.
- Museru O, Franco-Paredes C. Epidemiology and clinical outcomes of hepatitis B virus infection among refugees seen at a U.S. travel medicine clinic: 2005-2008. Travel Med Infect Dis 2009, 7 (3):171-4.
- OCDE, Organisation de Coopération et de Développement Economiques. Health care resources and utilisation. OECD Health Data 2007.
<http://www.ecosante.fr/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=ENG>
- ODR, Office Fédéral des Réfugiés. Statistique en matière d'asile 2003. Communication & Médias et Service de la statistique. Office Fédéral des Réfugiés, 2004.
- ODR, Office Fédéral des Réfugiés. Service de la statistique, juillet 2004. Effectif des personnes dans le processus « Asile en Suisse » par canton le 31.12.2003.
- Office Fédéral des Migrations. Service de la statistique d'asile. Effectif des personnes dans le processus "asile" en Suisse par cantons le 31.12.2007.
<http://www.bfm.admin.ch/etc/medialib/data/migration/statistik/asylstatistik/jahresstatistik.Par.0024.File.tmp/Statistique-A-f-2007-12.pdf>
- OFS, Office Fédéral de la Statistique. Observatoire Suisse de la Santé, Neuchâtel et Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne. Seematter-Bagnoud L, Junod J, Jaccard Ruedin H, Roth M, Foletti C, Santos-Eggimann B. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse - Projections à l'horizon 2030. Juillet 2008.

<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.Document.110590.pdf>

OFSP, Office Fédéral de la Santé Publique et Commission Fédérale pour les vaccinations. Plan de vaccination suisse 2009. Directives et recommandations. 2009.

<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/02535/index.html?lang=fr>

OFSP, Office Fédéral de la Santé Publique. Maladies infectieuses à déclaration obligatoire. Tuberculose. 2008.

http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00733/00804/index.html?lang=fr?webgrab_path=http://www.bag-anw.admin.ch/infreporting/mv/f/./../tab/tc01.htm

OFSP, Office Fédéral de la Santé Publique. Tuberculose en Suisse : 1999-2000. Bulletin OFSP 2002 ; 9 :168-174.

OFSP, Office Fédéral de la Santé Publique. Réorientation des mesures sanitaires de frontière, Maladies transmissibles. Bulletin OFSP 2006 ; 1 :14-16.

OFSP, Office Fédéral de la Santé Publique. Stratégie migration et santé (phase II : 2008-2013). 2007.

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/00396/index.html?>

OFSP, Office Fédéral de la Santé Publique. Zeltner T. Directives techniques relatives aux mesures à prendre par le service sanitaire de frontière pour les personnes relevant du domaine de l'asile dans les centres cantonaux et fédéraux. 2008.

<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00687/01390/index.html?lang=fr>

Pottie K, Janakiram P, Topp P, McCarthy A. Prevalence of selected preventable and treatable diseases among government-assisted refugees: Implications for primary care providers. Can Fam Physician 2007, 53 (11): 1928-34.

Programme santé migrants, Service de médecine internationale et humanitaire, Département de santé et médecine communautaires. Durieux-Paillard S., par téléphone, 1.7.2009.

Schäublin R, Pécoud A, Bodenmann P. Prise en charge médico-sanitaire des requérants d'asile dans le canton de Vaud. Med & Hyg 2003, 61:2016-22.

Silove D, Steel Z, Watters C. Policies of Deterrence and the Mental Health of Asylum Seekers. JAMA 2000, 284: 604-611.

Turner S W, Bowie C, Dunn G, Shapo L, Yule W. Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. Brit J Psychiat 2003, 182: 444-448.

- UNHCR, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Statistiques. Réfugiés, demandeurs d'asile et autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, fin 2007. <http://www.unhcr.fr/cgi-bin/texis/vtx/statistics>. (consulté 29.9.08)
- Vannotti M, Bodenmann P. Migration et violence. *Med & Hyg* 2003, 61:2034-8.
- Varkey P, Jerath AU, Bagniewski S, Lesnick T. Intestinal parasitic infection among new refugees to Minnesota, 1996-2001. *Travel Med Infect Dis* 2007, 5 (4): 223-9.
- Walker P F, Jaranson J. Refugee and immigrant health care. *Med Clin North Am* 1999, 83 (4): 1103-1121.

7. ANNEXES

1. Abstract « Initial health screening in asylum seekers in Geneva : adequacy of a structured interview conducted by nurses » pour le poster , congrès annuel de la Société Suisse de Médecine Interne (SSMI), mai 2003
2. « Le dépistage initial des problèmes de santé des requérants d'asile par un entretien infirmier structuré est-il efficace ? » Poster présenté au Congrès annuel de la Société Suisse de Médecine Interne, mai 2003, d'après les résultats de l'étude en question dans cette thèse
3. Questionnaire sur l'état de santé des requérants d'asile, utilisé pour l'entretien de dépistage lors de l'examen sanitaire de frontière à Genève

Initial health screening in asylum seekers in Geneva : adequacy of a structured interview conducted by nurses

Sophie Durieux, Patrick Bovier, Sylvie de Raemy-Kocher

Objective: A previous work has shown that the lack of trained interpreter decreases the sensitivity of structured interview to detect psychological symptoms when health professionals do not share a common language with the patient. Whether referral of asylum seekers to medical or psychiatric care after a structured interview conducted by nurses is effective at detecting people who need rapid health care remains uncertain.

Methods: Out of 3771 structured interviews conducted between December 1997 and January 2001, we selected 300 cases, matched for the type of referral (none, medical care, psychiatric care) and use of interpreters (none vs. trained or ad hoc interpreter), and made a retrospective review of the six months following the interview. All files were reviewed by the same investigator (S), who decided whether referral was appropriate. Based on the type of referral and use of interpreter, asylum seekers were distributed in 6 groups of equal size. For each group, we determined the proportion of attendance following referral, proportion of appropriate referral, rate of medical, psychiatric and emergency care consultations and hospitalisation rate during the 6-month follow-up.

Results: Only 270 cases had no medical consultation prior to the structured interview (N=27) and no missing medical file (N=4) and were eligible for the study. Mean age of the asylum seekers was 31 years (SD 13.9; quartiles 20-26.5-36), 59% were men, and 53% came from European countries. Only 81% (140/174) of asylum seekers came to the consultation following referral, with no difference according to the type of care, age, sex, origin, or use of interpreter. For those who came, referral was judged as appropriate in 97% (136/140) of the cases, with no significant differences across groups. During the 6 months follow-up, 725 consultations were recorded, (non urgent medical care 53%; psychiatric care 34%; emergency care 13%). The 6-month consultation rate was 1.4 for medical care, 0.9 for psychiatric care, 0.4 for emergency care, and 0.04 for hospitalisation. Increased use of emergency care was associated with lack of interpreter in patients with no referral. Hospitalisation rate was also increased in patients with referral, but who did not attend.

Conclusions: This structured interview seems effective at detecting asylum seekers who need rapid health care referral.