



Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé
publique, Lausanne
Secteur Evaluation et expertise en santé publique – CEESAN

Etude sur les trajectoires de prise en charge médicale des migrant-e-s issu-e-s du domaine de l'asile dans le Canton de Vaud Phase préparatoire

Raphaël Bize, Zhivko Taushanov, Anne Decollogny, Stéphanie
Pin, Joachim Marti

RAISONS DE SANTÉ 306 – LAUSANNE

Unil
UNIL | Université de Lausanne



Raisons de santé 306

Etude financée par : Service de la santé publique du canton de Vaud.

Citation suggérée Bize R, Taushanov Z, Decollogny A, Pin S, Marti J. Etude sur les trajectoires de prise en charge médicale des migrant-e-s issu-e-s du domaine de l'asile dans le Canton de Vaud – Phase préparatoire. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2019. (Raisons de santé 306).
<http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/306>

Remerciements Nous remercions la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU : Prof. Patrick Bodenmann, Mme Brigitte Pahud-Vermeulen, M. Maxime Côté), l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM : M. Viktor Zlatanov), Swiss Risk and Care (SRC : Anabel Melancia), ainsi que le CHUV (Mme Véronique Koehn) pour leur participation active à la phase préparatoire de cette étude.

Date d'édition Novembre 2019

Table des matières

Glossaire	5
Résumé.....	6
1 Introduction	9
1.1 Le Réseau de santé et migration (RESAMI)	11
1.2 Les usagers du RESAMI.....	12
1.3 La prise en charge proposée par le RESAMI.....	12
1.3.1 Les acteurs de la prise en charge.....	12
1.3.2 Les modes de prise en charge	14
2 Objectifs de l'étude	17
3 Méthodes	21
3.1 Revue ciblée de la littérature	23
3.2 Elaboration d'un modèle logique du RESAMI.....	23
3.3 Identification des données disponibles.....	24
3.4 Soumission du projet d'étude à la Commission d'éthique du canton de Vaud	25
3.5 Elaboration du protocole pour la phase de réalisation de l'étude.....	25
4 Résultats	27
4.1 Revue ciblée de la littérature	29
4.1.1 Introduction.....	29
4.1.2 État de santé des réfugiés et requérants d'asile	30
4.1.3 Facteurs de risque et vulnérabilité.....	33
4.1.4 Bilans de santé dans les pays d'accueil.....	33
4.1.5 Accès et barrières aux soins des requérants d'asile.....	35
4.1.6 Modèles de prise en charge en Suisse	37
4.1.7 Coûts et financement des soins aux requérants d'asile.....	38
4.1.8 Principaux constats issus de la revue de la littérature	39
4.2 Modèle logique du RESAMI.....	41
4.2.1 Principaux constats issus du modèle logique	49
4.3 Type de données disponibles.....	50
4.4 Réponse de la Commission d'éthique du canton de Vaud.....	52
5 Protocole pour la réalisation de l'étude	53
5.1 Méthodes.....	55
5.1.1 Description de l'échantillon et période couverte par les données	55
5.1.2 Obtention et stockage des données.....	55
5.1.3 Indicateurs liés aux trajectoires de soins et à la vulnérabilité	56
5.1.4 Méthodes statistiques.....	56
5.2 Calendrier	58
5.3 Livrables	59
6 Références.....	61

Liste des tableaux

Tableau 1	Modèle logique décrivant le fonctionnement et les objectifs du RESAMI	42
Tableau 2	Informations disponibles selon la source.....	51
Tableau 3	Calendrier de l'étude.....	58

Glossaire

BASEC	Business Administration System for Ethics Committees
CEP	Centre d'enregistrement et de procédures
CER-VD	Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain du canton de Vaud
DEIS	Département de l'économie, de l'innovation et du sport, canton de Vaud
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale, canton de Vaud
EVAM	Etablissement Vaudois d'accueil des migrants
FARMED	Réseau prédécesseur du RESAMI dans le canton de Vaud
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
MDA	Migrant-e-s issu-e-s du domaine de l'asile (nous utiliserons cette abréviation - par souci de simplification - pour désigner les requérant-e-s d'asile et les bénéficiaires de l'aide d'urgence enregistré-e-s auprès de l'EVAM)
MPR	Médecins de premier recours
OFAC/IFAK	Coopérative/association de pharmaciens (gestion de la facturation)
PMU	Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne
RESAMI	Réseau de santé et migration, canton de Vaud
SEM	Secrétariat d'Etat aux migrations
SRC	Swiss Risk and Care (courtier en assurances maladie)
SSP	Service de la santé publique, canton de Vaud
USMi	Unité de soins aux migrants (Policlinique médicale universitaire, Lausanne)

Résumé

Ce rapport décrit la réalisation et les résultats de la phase préparatoire de l'étude sur les trajectoires de prise en charge médicale des requérants d'asile et des bénéficiaires de l'aide d'urgence dans le canton de Vaud qui sont enregistrés auprès de l'Établissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM) dans le Canton de Vaud^a. Cette étude aura pour objectifs de décrire les trajectoires et les coûts liés aux soins des migrant-e-s issu-e-s du domaine de l'asile (MDA) et de comparer les caractéristiques des MDA suivis par le Réseau de santé et migration (RESAMI) par rapport aux MDA suivis par le système de soins ordinaire. Il s'agit notamment de vérifier si le RESAMI suit les MDA les plus vulnérables, comme cela était prévu par le canton de Vaud. Cette étude servira également à identifier un nombre limité d'indicateurs facilitant le monitoring des activités du RESAMI à des fins de pilotage.

Les atteintes à la santé des requérants d'asile qui sont les plus souvent documentées et qui ont été le plus étudiées dans la littérature scientifique sont liées à la santé mentale, à la maternité, et aux maladies infectieuses qui sont endémiques dans les pays quittés par les personnes migrantes. La revue de la littérature n'a pas permis d'identifier une échelle qui permettrait, sur la base de critères mesurables et validés, de quantifier la vulnérabilité médicale des requérants d'asile. Les articles qui se penchent sur cette question de vulnérabilité préconisent une appréciation basée sur le jugement clinique des professionnels de la santé en contact avec ce type de patients. Cette revue de la littérature a également mis en évidence l'hétérogénéité des indicateurs utilisés pour caractériser les populations migrantes et leur recours aux soins. Un effort particulier doit donc être porté sur le choix d'indicateurs s'appuyant sur des définitions précises et si possible standardisées.

L'élaboration d'un modèle logique a mis en évidence le grand nombre d'activités et d'acteurs impliqués dans le fonctionnement du RESAMI, ainsi que les défis de coordination entre prestataires de soins (infirmiers, MPR, médecins spécialisés, hôpitaux), entre prestataires administratifs (PMU, EVAM, SRC), et finalement entre le pôle des soins et le pôle administratif. Le modèle logique illustre la volonté de disposer, avec l'Unité de soins aux migrants (USMi), d'une porte d'entrée privilégiée pour MDA dans le système de santé vaudois. L'USMi joue un rôle central dans le suivi et l'orientation des MDA qui nécessitent des soins infirmiers et/ou médicaux, sans toutefois que les orientations proposées ne revêtent un caractère contraignant. Après la phase de santé communautaire qui permet aux MDA de se familiariser avec le fonctionnement du système de santé suisse et d'acquérir une autonomie dans la gestion de leur santé, l'USMi continue d'assurer une mission de suivi et d'orientation pour les MDA les plus vulnérables. Une partie des outcomes identifiés au travers du modèle logique (par ex. sentiment des patients d'être mieux compris, ou d'avoir un plus grand contrôle sur leur santé) sont de nature qualitative et ne peuvent pas être appréciés au moyen des variables collectées de routine.

Un constat important issu de l'analyse du modèle logique réside dans le fait qu'il n'y a pas d'acte administratif spécifique permettant d'identifier l'adhésion au RESAMI par les MDA. Si l'entrée dans le RESAMI est relativement facile à déterminer (premier contact entre un MDA et un prestataire du

^a Pour ne pas surcharger le texte, nous utiliserons le terme « migrant-e-s issu-e-s du domaine de l'asile », abrégé MDA, pour parler de la population regroupant les requérant-e-s d'asile et les bénéficiaires de l'aide d'urgence qui sont enregistré-e-s auprès de l'EVAM dans le canton de Vaud.

RESAMI, en principe un professionnel de l'USMi), la transition entre phase de santé communautaire et suite de la prise en charge est plus difficile à établir (la date du dernier vaccin réalisé est un marqueur potentiel de cette transition). La description des parcours de soins des MDA nécessitera d'établir a priori un certain nombre de règles afin de déterminer pour chaque acte de soins s'il est réalisé au sein du RESAMI ou non, puis s'il est réalisé dans le cadre de la phase de santé communautaire ou non.

De la même manière, il n'y a pas d'acte administratif spécifique qui permettrait d'identifier les MDA les plus vulnérables. Le meilleur marqueur de la prise en charge des personnes les plus vulnérables serait la poursuite d'une prise en charge régulière par l'USMi (conjointement ou non avec un MPR conventionné RESAMI) au-delà de la phase de santé communautaire.

La caractérisation des données disponibles a permis d'identifier les cinq catégories de données suivantes : 1) Données sociodémographiques collectées par l'EVAM ; 2) Données de facturation des frais médicaux des MDA, issues de la base de données de Swiss Risk & Care ; 3) Données administratives permettant d'identifier si une prestation est réalisée dans le cadre du RESAMI ou non, issues de la plateforme sécurisée RESAMI ; 4) Données relatives aux prestations infirmières réalisées par l'USMi ; 5) Données agrégées qui pourront être fournies par le CHUV (par ex. distribution des durées de séjours des MDA). Les quatre premières bases de données contiennent en principe le numéro administratif attribué par l'EVAM à chaque MDA lors de son enregistrement. Ce numéro constitue un identifiant unique codé. Cet identifiant devrait permettre l'appariement des bases de données, et d'ainsi obtenir une information détaillée au niveau de chaque MDA.

Cette phase préparatoire confirme la faisabilité d'étudier les trajectoires de prise en charge des MDA dans le canton de Vaud, tout en mettant en évidence certains défis méthodologiques. Le premier défi consistera à apparier les différentes bases de données. La possibilité d'apparier les données de manière fiable dépendra beaucoup de la qualité des données et de la possibilité d'harmoniser les différentes bases de données. Un deuxième défi consistera à identifier les actes de soins effectués au sein du RESAMI des actes de soins effectués au sein du système de santé ordinaire. Pour faire cette distinction, nous devons construire et vérifier la validité d'un ou de plusieurs indicateur(s) à partir de la plateforme en ligne RESAMI, complétée si nécessaire par la base de données des prestations réalisées par l'USMi. Une troisième difficulté consistera à identifier au-delà de quel acte de soins ou de quel délai les MDA sortent de la phase de santé communautaire. Nous testerons, entre autres, si la dernière vaccination peut être utilisée comme marqueur de cette transition. Enfin, un quatrième défi consistera à identifier les MDA les plus vulnérables du point de vue de leur santé, sur la base d'un nombre limité d'informations disponibles. Le recours à des marqueurs indirects du risque de vulnérabilité (par ex. niveau de formation, compréhension du français, etc.) sera privilégié.

Le protocole de l'étude a été soumis à la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain du canton de Vaud (CER-VD) qui a accordé son autorisation à la réalisation de cette étude le 14 juin 2018.

1

Introduction

1 Introduction

1.1 Le Réseau de santé et migration (RESAMI)

Le Réseau de Santé et Migration (RESAMI) est le réseau médico-sanitaire mis en place pour les migrant-e-s issu-e-s du domaine de l'asile (MDA) qui sont enregistré-e-s auprès de l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM) dans le canton de Vaud. Depuis novembre 2014, il remplace le réseau FARMED mis en place en janvier 1999. En 2013, la Polyclinique médicale universitaire (PMU) a reçu le mandat du Service de la population (SPOP) de gérer et coordonner le réseau Farmed à l'origine du RESAMI^b.

Le RESAMI a comme objectif principal de fournir à tous les MDA une prise en charge médico-sanitaire de qualité, dans un souci d'efficacité et d'amélioration constante. Il vise spécifiquement à :

- Fournir une prise en charge spécifiquement adaptée, notamment en termes de gestion des problématiques liées à la langue et aux différences culturelles ;
- Harmoniser les prestations de soins d'un point de vue quantitatif et qualitatif pour l'ensemble du canton et l'entier de la population ;
- Simplifier les démarches administratives relatives à la prise en charge médicale ;
- Renforcer les compétences des professionnels partenaires du réseau ;
- S'ajuster à l'évolution des bases légales et des changements effectifs et prévisibles de l'environnement sanitaire.

Le réseau, coordonné par la PMU, est composé de plusieurs acteurs œuvrant de concert. Il s'appuie en particulier sur un tandem de professionnels composé des infirmiers de l'Unité de Soins aux Migrants (USMi) et médecins de premiers recours (MPR). Le réseau se décline dans les quatre zones sanitaires existantes dans le canton de Vaud :

- L'Est (Aigle, Pays-d'Enhaut, Riviera) ;
- Le Centre (Lausanne, Ouest lausannois, Lavaux-Oron et Gros-de-Vaud) ;
- Le Nord (Broye-Vully, Jura-Nord vaudois) ;
- L'Ouest (Morges, Nyon).

^b Une convention entre la PMU et le SPOP dans laquelle il est mentionné que le Copil Farmed donne à la PMU le mandat d'organiser la gestion administrative et le pilotage opérationnel du réseau (encore appelé Farmed à l'époque) a été signée le 25 avril 2013 et a pris effet le 1er mai 2013.

1.2 Les usagers du RESAMI

Le RESAMI s'adresse à tous les MDA.

L'EVAM est un établissement de droit public mandaté par le canton de Vaud pour accueillir, selon la loi fédérale sur l'asile (LAsi), les requérants d'asile et les personnes admises à titre provisoire, et pour délivrer l'aide d'urgence aux personnes déboutées ou en situation irrégulière. Ses missions découlent de la loi sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers (LARA), adoptée par le Grand Conseil vaudois le 7 mars 2006. Cette loi demande notamment à l'établissement d'organiser l'accueil des mineurs non accompagnés dans un centre spécialisé.

Le Canton de Vaud reçoit 8.4% des requérants ayant déposé une demande d'asile en Suisse. Cette répartition est calculée de manière proportionnelle à la démographie des cantons.

Au 8 juin 2017, 6'162 personnes étaient assistées par l'EVAM ; le nombre mensuel de MDA est resté à peu près stable sur l'ensemble de l'année 2016 (min. - max. : 6'351-6'618). Près de huit MDA sur dix sont des requérants d'asile, les autres des personnes nécessitant une aide d'urgence. Durant l'année 2015, 2'763 nouveaux requérants d'asile ont été attribués au Canton de Vaud et pris en charge par l'EVAM, avec une moyenne de 56 nouvelles attributions entre janvier et avril 2015 et une moyenne de 317 nouvelles attribution entre mai et décembre 2015^c. Le nombre de nouveaux requérants d'asile attribués au Canton de Vaud est redescendu à 1'275 en 2016, puis à 805 en 2017^d.

Chaque nouveau MDA enregistré auprès de l'EVAM fait l'objet d'une ouverture de dossier dans le RESAMI et reçoit une invitation pour une évaluation de santé. La prise en charge par le RESAMI cesse au moment où la personne ne bénéficie plus de soutien par l'EVAM, notamment en cas d'obtention d'un permis B ou en cas de renvoi dans le pays d'origine. A ce jour, le RESAMI ne dispose pas d'un système de monitoring avec une centralisation des données de prise en charge, notamment lorsque la prise en charge est effectuée par les MPR. Cette situation ne permet pas de connaître en temps réel le nombre de patients effectivement suivis par le RESAMI.

1.3 La prise en charge proposée par le RESAMI

1.3.1 Les acteurs de la prise en charge

La prise en charge proposée par le RESAMI s'appuie sur un tandem de professionnels composé des infirmiers de l'Unité de Soins aux Migrants (USMi) et des médecins de premiers recours (MPR).

L'**USMi** est une équipe pluridisciplinaire composée d'une équipe infirmière (16.4 EPT en juin 2018), d'une équipe administrative (10.9 EPT) et de médecins spécifiquement formés dans la prise en charge des migrants (2.2 EPT). L'USMi travaille en première ligne et est spécialisée dans la prise en

^c Cf. rapport d'activité 2015 de l'EVAM.

^d Cf. rapport d'activité 2017 de l'EVAM.

charge des migrants. Sous mandat du Service de la santé publique (SSP), l'USMi effectue une série d'actes à l'arrivée des requérants d'asile sur le canton de Vaud :

- Une évaluation de santé pour chaque MDA dans les jours suivants son arrivée sur le sol vaudois ;
- Un programme de vaccination selon les recommandations cantonales en vigueur ;
- Un programme de prévention/promotion de la santé auprès des personnes hébergées dans les centres d'accueil et de socialisation de l'EVAM.

Depuis l'automne 2015, afin de faire face à l'afflux de migrants dans le canton de Vaud, les lignes administratives, infirmières et médicales de l'USMi ont été renforcées. Des équipes mobiles ont également été déployées sur le terrain afin de se rendre rapidement dans les nouveaux centres d'hébergements ouverts par l'EVAM pour y évaluer l'état de santé de leurs résidents.

Les médecins de premier recours (MPR) du réseau (178 MPR conventionnés au 26 juin 2018) apportent leur expertise et collaborent étroitement avec l'équipe de l'USMi. Peuvent être nommés au titre de MPR « RESAMI » les médecins généralistes, internistes ou pédiatres, installés en cabinet de groupe ou individuellement, ayant conventionné avec le RESAMI et bénéficié d'une séance d'information sur le fonctionnement du réseau au moment de leur adhésion. Les MPR sont répartis dans les quatre régions sanitaires ; chacune des régions possède un ou deux MPR référents, suivant le nombre de MPR conventionnés.

Les MPR ont pour rôles de :

- Prodiguer les prestations de soins appropriées et adéquates aux adhérents du RESAMI ;
- Maintenir une collaboration avec l'USMi pour leurs patients communs, notamment en utilisant les outils d'échange d'information propres au RESAMI^e.

Les MPR bénéficient d'une collaboration privilégiée avec l'USMi, d'un encadrement, de formations et de séances d'informations proposées par le Comité de suivi opérationnel (CSO) du RESAMI et par les MPR référents de leur région avec le soutien du secrétariat RESAMI. Ils sont en outre invités à suivre une formation annuelle spécifique « Santé & Migrants », dispensée par le RESAMI. Les MPR ne reçoivent pas de rémunération spécifique pour les patients du RESAMI ni pour leur adhésion en tant que MPR du réseau.

De nombreux autres prestataires de soins (médecins spécialistes, pharmaciens, dentistes, opticiens, etc.) s'articulent autour de ces prises en charge selon leurs champs de compétences.

Les adhérents au RESAMI peuvent par ailleurs recourir aux services d'interprétariat dans le cadre des consultations. Le paiement des factures liées aux frais d'interprétariat est assurée par l'EVAM (financement par le Service de la population (SPOP) / Coordination asile (COASI).

^e NB : La plateforme sécurisée RESAMI ne permet pas d'échanger des informations entre USMi et MPR. A ce jour une fiche de liaison papier établie par l'USMi est envoyée au MPR lorsqu'un patient est référé. Cette fiche de liaison devrait être renvoyée par le MPR à l'USMi une fois sa prise en charge faite.

1.3.2 Les modes de prise en charge

Après une **phase dite de santé communautaire**^f pouvant aller jusqu'à une année^g et concernant l'ensemble des MDA, la poursuite du suivi au sein du RESAMI s'effectue par le patient sur une base volontaire non formalisée. L'USMi poursuit alors sa prise en charge et son orientation des patients dans le réseau médico-sanitaire vaudois en étroite collaboration avec les MPR du réseau. Les patients qui ne désirent pas adhérer au RESAMI à l'issue de la phase de santé communautaire sont pris en charge par le réseau sanitaire « ordinaire ».

A ce jour, il n'est pas possible de savoir, de manière simple, combien de patients ont effectivement suivi la phase communautaire et parmi eux, combien sont, durant cette phase communautaire, suivis individuellement uniquement par l'USMi, par les MPR ou par d'autres professionnels de santé n'appartenant pas au réseau. Il est difficile également de savoir combien de patients, à l'issue de la phase communautaire, demeurent pris en charge par le RESAMI, par l'USMi et/ou par les MPR, ou décident de s'orienter vers le réseau médico-sanitaire « ordinaire ».

La prise en charge n'est par ailleurs pas linéaire : certains patients peuvent ne pas solliciter le réseau RESAMI durant plusieurs mois, soit parce que leur état de santé ne requiert aucune prestation médicale, soit parce qu'ils disposent d'une prise en charge dans le système « ordinaire » qui convient à leurs besoins, puis, pour différentes raisons, y recourir ponctuellement ou de façon durable. D'autres, adhérents au RESAMI, peuvent décider d'en sortir, suite à un déménagement les éloignant de l'USMi par exemple, puis y revenir quelques mois plus tard, par exemple en l'absence de MPR dans leur région ou suite à des difficultés rencontrées avec les professionnels de santé hors réseau. Les trajectoires des patients, au sein du RESAMI, et entre le RESAMI et le système de santé « ordinaire », ne sont à ce jour pas connues.

Il est enfin souhaité, par la direction stratégique du RESAMI^h, que celui-ci **priorise sa prise en charge, au-delà de la première année, à destination des patients les plus vulnérables**, les autres patients pouvant être suivis dans le système de santé ordinaire. Cette mission spécifique pose la question de la définition de la vulnérabilité et des critères d'adhésion au RESAMI.

La PMU avait mené un travail pour définir la vulnérabilité et avait proposé une grille de critères afin de quantifier la vulnérabilité au moyen d'un score. Ce score devait permettre de cibler les patients les plus vulnérables et d'axer la prise en charge de l'USMi sur cette population. Cette grille était composée de deux parties. La première partie concernait les prestations de santé publique délivrées durant la première année suivant l'arrivée du patient dans le canton de Vaud et se présentait sous forme de check-list des prestations réalisées durant ce laps de temps, à savoir :

- Une évaluation de santé ;
- Une explication du système de santé ;

^f Il n'y a pas de terme officiellement consacré pour cette phase qui est parfois aussi appelée phase « mandat de santé publique ». Par souci de simplification, nous utiliserons l'expression « phase de santé communautaire » pour parler de cette phase.

^g Cette durée est basée sur le temps nécessaire pour administrer l'ensemble des vaccins (si l'ensemble vaccins sont faits à la suite cela prend 9 mois) en comptant une marge supplémentaire, pour une durée plus réaliste sur le terrain.

^h La Direction stratégique se compose de : Mme Pascale Rumo (SG DSAS) qui assure la présidence de la Direction stratégique depuis le 1er novembre 2017; Marc Weber (SG DSAS) ; Martine Monnat (remplacée par Ahmed Berzig depuis le 01.06.18) (SSP) ; Joanne Kobel (SG DECS) ; Steve Maucci (SPOP) ; Anabel Melancia (SRC) ; Charles Vogel (CHUV) ; Erich Dürst (EVAM) ; Jacques Cornuz (jusqu'à fin 2017) (PMU) ; Françoise Ninane (PMU) ; Patrick Bodenmann (PMU) ; Brigitte Pahud (PMU). Nezha Gysler (PMU) en assure le secrétariat.

- Une sérologie de l'hépatite B ;
- Les vaccinations réalisées (ROR, varicelle, IPV, hépatite, HPV) ;
- Un programme de promotion de la santé en quatre modules.

La seconde partie de la grille concernait plus spécifiquement les critères d'adhésion au RESAMI et proposait une **dizaine de critères de vulnérabilité, sociale et sanitaire**, que les professionnels de l'USMi devaient vérifier et commenter, avant de recommander ou non l'adhésion d'un patient au RESAMI. Les critères portaient sur l'environnement social (par exemple : complexité de la situation familiale, analphabétisme ou nécessité de recourir à un interprète), la santé mentale (par exemple : présence de pathologies limitant l'autonomie ou la compréhension, dépendance aux substances) et la santé physique (par exemple : présence de maladies chroniques ou de polymorbidités) des patients.

Une phase test d'utilisation de cette grille a été réalisée entre mars et septembre 2015. Elle a montré que la grille était lourde à utiliser et peu adaptée à la réalité du RESAMI. Elle fournissait un reflet qui n'était pas toujours suffisamment nuancé par rapport à la situation des patients. D'autres facteurs (hors critères) intervenaient également dans le choix d'adhérer ou non au RESAMI pour un patient, tels que le lien thérapeutique établi, les habitudes, la proximité. Durant cette phase test, sur 124 patients résidant dans un foyer de l'EVAM, 46% ont été identifiés par les professionnels de l'USMi comme « vulnérables » et ont fait l'objet d'une recommandation pour l'adhésion, mais 68% des patients ont choisi d'adhérer au RESAMi quelle que soit la recommandation de l'USMi.

Suite à la phase test, cette grille a donc été abandonnée. Il a été décidé de miser, en lieu et place de la grille, sur l'autorégulation du réseau. **On ne dispose à ce jour d'aucune information chiffrée quant au degré de vulnérabilité présenté par les adhérents au RESAMI et, plus globalement, quant au profil médico-social des MDA, qu'ils soient pris en charge ou non par le RESAMI.**

C'est afin de combler ces lacunes quant aux caractéristiques de usagers du RESAMI et aux trajectoires des MDA dans le système de santé du canton que la PMU et le SSP ont contacté l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) et son Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique (CEESAN) pour proposer un design d'étude adapté.

2

Objectifs de l'étude

2 Objectifs de l'étude

Hypothèse de départ : La direction stratégique du RESAMI a demandé à la PMU « de démontrer que le réseau, tel qu'il a été organisé et tel qu'il s'autorégule, répond bien à la mission qui lui a été confiée, à savoir axer sa prise en charge sur les personnes les plus vulnérables. Sur la base d'une étude méthodologique, nous devons quantifier globalement les flux pour s'assurer, en finalité, que les moyens mis à disposition sont utilisés de manière optimale. »

L'étude proposée par le CEESAN comporte deux phases dont les objectifs sont les suivants :

Phase préparatoire :

- Acquérir une bonne connaissance de la **littérature scientifique** et décrire, sur cette base, les principaux enjeux concernant : a) la santé et les modèles de prise en charge médico-sanitaire des requérants d'asile, b) la caractérisation des vulnérabilités dans un contexte de migration, et c) la consommation de soins par les requérants d'asile ;
- Acquérir une compréhension détaillée et commune parmi les acteurs impliqués du fonctionnement et des objectifs prioritaires du RESAMI par l'élaboration d'un **modèle logique** décrivant les acteurs, les inputs, les activités, les outputs, les outcomes et les impacts associés au RESAMI, ainsi que les liens entre ceux-ci ;
- Acquérir une bonne connaissance du type de **données disponibles** dans les bases de données gérées par les différents acteurs impliqués dans le RESAMI ;
- Sur la base des informations collectées au travers des objectifs précédents : rédiger une requête auprès de la **Commission cantonale d'éthique** de la recherche sur l'être humain (CER-VD) en vue d'obtenir son aval pour la réalisation de cette étude ;
- Proposer un bref **protocole** (avec calendrier et budget) **pour la phase de réalisation de l'étude**, décrivant le type d'analyses prévues pour renseigner les objectifs ci-dessous.

Phase de réalisation de l'étude :

L'étude prévue poursuit quatre objectifs principaux qui nécessitent l'utilisation de données personnelles codées des MDA âgés de 18 ans ou plus :

- Décrire les **trajectoires et les coûts** de prise en charge médico-sanitaire des MDA, au sein du RESAMI et dans le système de santé « ordinaire » ;
- Estimer le nombre et la **proportion de MDA pris en charge par le RESAMI** et dans le système de santé « ordinaire » durant la phase communautaire et à l'issue de cette phase communautaire. Plus précisément, il s'agira d'estimer :

- Les modes de prise en charge individuelle des MDA durant la phase de santé communautaire (USMi et/ou MPR, professionnels de santé hors RESAMI) ;
 - La proportion de MDA qui poursuivent une prise en charge au sein du RESAMI à l'issue de la phase de santé communautaire et parmi eux, la proportion de MDA pris en charge par l'USMi et/ou par les MPR ;
 - La proportion de MDA qui ne poursuivent pas une prise en charge au sein du RESAMI à l'issue de la phase de santé communautaire et leurs éventuels autres modes de prise en charge ;
- Evaluer le **ciblage de la prise en charge proposée par le RESAMI**, en comparant les caractéristiques sociodémographiques, les problématiques sanitaires et sociales et les consommations de soins des MDA pris en charge par le RESAMI à celles des MDA pris en charge par le système de santé « ordinaire » ;
 - Proposer des **indicateurs simples permettant le monitoring du RESAMI** à des fins de pilotage.

NB : Le présent rapport porte sur la phase préparatoire de l'étude.

3

Méthodes

3 Méthodes

Un **groupe de pilotage** a été mis sur pied afin d'encadrer, de manière centralisée, la réalisation de cette étude, tout en permettant que les différentes parties prenantes délibèrent et se coordonnent. Ce groupe de pilotage est composé par des représentants des institutions impliquées dans le RESAMI ou dans le financement de cette étude : PMU, SSP-VD, EVAM, OFSP. Il sera présidé par le responsable de missions stratégiques du SSP-VD. Ce groupe de pilotage a également pour mission de faciliter la réalisation de l'étude dans ses différentes étapes tant d'un point de vue pratique, scientifique que stratégique.

3.1 Revue ciblée de la littérature

Les bases de données suivantes ont été consultées avec l'appui d'un documentaliste professionnel : Embase, Epistomonikos, PubMed, Banque de Données Santé Publique (BDSP-France), Réseau d'information sur les migrations internationales (REMISIS), Web of Science, Google Scholar. La stratégie de recherche s'est notamment appuyée sur les mots-clés suivants : « refugee », « asylum seek*ⁱ », « forced migrant* », « undocumented immigrant* », en lien avec « health status », « health care system », « health care utilization », « health care access », « care trajectory », et « vulnerab* ».

Les listes de références des articles issus de cette recherche ont ensuite été consultées afin de compléter l'identification d'articles potentiellement pertinents.

3.2 Elaboration d'un modèle logique du RESAMI

Sur la base des différents documents et des informations obtenues au sujet du RESAMI, l'équipe de recherche a retranscrit sous la forme d'étiquettes séparées la liste des acteurs, des inputs, des activités, des outputs, des outcomes et des impacts susceptibles d'entrer en jeu dans le fonctionnement du RESAMI. Les définitions suivantes ont été retenues et présentées aux membres du groupe de pilotage pour caractériser ces différentes rubriques :

Acteurs : Personnes ou institutions liées au pilotage et/ou à la mise en œuvre du projet, y compris les usagers ;

Inputs : Ressources à disposition du projet (financement, compétences, matériel, infrastructures) ;

Activités : Ensemble des actions nécessaires au bon fonctionnement du projet ;

Outputs : Produits des activités (ne peuvent pas exister sans ces activités) ;

Outcomes : Changements que le projet devrait induire, à court, moyen ou long termes mais qui pourraient également résulter pour tout ou partie de facteurs externes au projet ;

ⁱ L'astérisque signifie que le mot est tronqué et que toutes les extensions possibles du mot doivent être incluses dans la recherche

Impact : Changement ultime (macro) que le projet devrait induire en réponse à la problématique centrale qui a motivé le projet.

Les membres du groupe de pilotage^j ont ensuite été réunis lors d'un atelier d'élaboration du modèle logique. Les participants à l'atelier ont complété ces étiquettes puis les ont agencées de manière logique en se concentrant d'abord sur la construction et le maintien du réseau RESAMI, puis sur la prise en charge médico-sanitaire des MDA.

A la suite de cet atelier, l'équipe de recherche a procédé à une synthèse et à la mise en forme d'un modèle logique unifié. Cette première version du modèle logique a été transmise par voie électronique aux participants de l'atelier en leur demandant de commenter et de proposer les modifications jugées nécessaires. Une seconde version du modèle logique a été élaborée en intégrant les commentaires et demandes de modifications, et a été soumise aux participants pour validation.

3.3 Identification des données disponibles

Un enjeu important de ce volet consistait à obtenir des informations précises sur le type de données disponibles sans avoir un accès direct aux données, puisque cet accès était subordonné à l'obtention de l'aval de la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain du canton de Vaud (CER-VD).

Une séance technique a été organisée le 31.01.2018 avec des représentants des institutions impliquées dans le RESAMI ou susceptibles de détenir des données utiles (PMU, EVAM, CHUV). En guise de préparation à cette séance, les participant-e-s avaient été invité-e-s à vérifier les points suivants :

- Existe-t-il un descriptif (par ex. liste des variables saisies, log-book) des bases de données en lien avec le RESAMI au sein de leurs institutions respectives ?
- Quels types de variables (médicales, sociodémographiques, administratives) en lien avec le RESAMI sont disponibles dans leurs bases de données ?
- Existe-t-il un identifiant unique et si possible codé permettant d'identifier les MDA dans leurs bases de données ?

Cette première séance a permis d'identifier les principales bases de données disponibles et leurs caractéristiques générales, ainsi que leurs administrateurs.

Sur cette base, un tableau EXCEL à compléter a été élaboré pour chaque base de données, avec la liste des informations d'intérêt présentes ou supposées l'être (un type d'information par ligne), et en colonnes des demandes de précisions adressées aux administrateurs des bases de données. Ces

^j La représentante de la gestion administrative du RESAMI à la PMU, le responsable des soins infirmiers de l'USMI, le représentant de la gestion administrative liée au RESAMI au sein de l'EVAM, un représentant de l'OFSP (anciennement impliqué dans la création du réseau de soins pour les requérants d'asile à la PMU), la représentante de l'Office du médecin cantonal du canton de Vaud en charge des populations vulnérables.

précisions portaient sur : 1) la confirmation que l'information en question existait bel et bien dans la base de données, 2) le nom donné à la variable relatant cette information, 3) le format dans lequel l'information était disponible, 4) la dernière colonne permettait d'ajouter des commentaires libres.

Des précisions ont ensuite été échangées par voie électronique et/ou par téléphone afin de compléter les informations fournies dans les tableaux EXCEL par les administrateurs des bases de données.

3.4 Soumission du projet d'étude à la Commission d'éthique du canton de Vaud

Un premier contact a été pris par voie électronique avec le Secrétariat scientifique de la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain du canton de Vaud (CER-VD) afin de vérifier si notre projet d'étude entrait dans le champ d'application de la Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (LRH).

Suite à la confirmation par le Secrétariat scientifique de la CER-VD que ce projet d'étude entrait dans le champ d'application de la LRH, nous avons préparé un dossier pour soumettre le protocole de l'étude à l'approbation de la CER-VD. Cette soumission s'est faite en suivant les consignes de la CER-VD (cf. <http://cer-vd.ch/soumission.html>) et en utilisant le portail internet BASEC: Business Administration System for Ethics Committees (http://www.swissethics.ch/index_f.html).

3.5 Elaboration du protocole pour la phase de réalisation de l'étude

Le protocole pour la phase de réalisation de l'étude a été rédigé sur la base des informations collectées durant la phase préparatoire. N'ayant pas encore obtenu le feu vert de la CER-VD pour l'accès aux données, l'estimation du travail de nettoyage, de contrôle qualité, de recodage, d'appariement et d'analyse des données demeure incertaine

4

Résultats

4 Résultats

4.1 Revue ciblée de la littérature

Cette revue de la littérature s'appuie sur cinquante références issues de la recherche bibliographique. Les résultats sont regroupés au sein de sous-chapitres décrivant les connaissances sur l'état de santé des requérants d'asile, les facteurs de vulnérabilité, les bilans de santé dans les pays d'accueil, les barrières à l'accès aux soins, les modèles de prise en charge, et les coûts liés aux soins.

4.1.1 Introduction

La « Convention relative au statut des réfugiés » de 1951, mise en place par l'Organisation des Nations Unies, considère comme **réfugiées** les personnes qui ont fui leur pays d'origine par crainte d'y être persécutées pour des raisons de race, de religion ou d'opinion politique^k. Les **requérants d'asile** représentent les personnes qui ont demandé une protection internationale et dont le statut de réfugié n'est pas encore octroyé. La présente revue de la littérature se focalise en priorité sur les requérants d'asile.

Deux revues de la littérature^{1, 2} rapportent une variabilité de la prise en charge sanitaire des requérants d'asile et des personnes sans-papiers au niveau international. De même, les définitions des populations migrantes et leurs caractéristiques varient selon les pays d'accueil, les zones quittées et les conditions d'exil³. Cette hétérogénéité rend difficiles les comparaisons internationales et suggère que les besoins de santé des requérants d'asile ne sont pas toujours satisfaits de manière analogue⁴.

Les statistiques sur la migration mondiale sont imprécises en raison de la difficulté à compter les personnes selon la catégorie de migration auxquelles elles appartiennent et de l'ampleur du phénomène migratoire³. Les tendances mondiales établies par l'agence des Nations Unies pour les réfugiés, (UNHCR) fait état de 22,5 millions de réfugiés en 2016 pour 65,6 millions de personnes déracinées à travers le monde, dont 17% seraient accueillis en Europe^l.

En 2016, 1,3 millions de demandes d'asile ont été déposées en Europe dont 2% en Suisse^m. Selon le Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM), l'effectif en Suisse des personnes dans le processus d'asile se monte à 65'451 personnes au 28 février 2018 (25'340 femmes et 40'111 hommes), dont 6'305 dans le canton de Vaud (1'779 personnes dans le processus de procédure, 4'470 personnes admises provisoirement et 52 personnes en suspens dans le processus d'exécution du renvoi)ⁿ.

^k <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/StatusOfRefugees.aspx> - consulté le 4 avril 2018

^l <http://www.unhcr.org/fr/aperçu-statistique.html> - consulté le 4 avril 2018

^m <https://www.amnesty.ch/fr/themes/asile-et-migrations/asile-en-suisse/politique-dasile-en-suisse-faits-et-chiffres> - consulté le 4 avril 2018

ⁿ (<https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik/archiv/2018/02.html> - consulté le 4 avril 2018)

Les nouvelles crises politiques ont amené un changement au niveau des caractéristiques des populations migrantes, avec une augmentation du nombre d'enfants mineurs non accompagnés, de familles, de femmes enceintes et de personnes âgées¹.

4.1.2 État de santé des réfugiés et requérants d'asile

Données sur l'état de santé des requérants d'asile au niveau international

Il y a peu d'informations disponibles sur l'état de santé des requérants d'asile, avec un constat similaire en ce qui concerne les migrants de manière générale^{4,5}. Les preuves d'un moins bon état de santé concernent surtout la maternité⁶ et la maladie mentale. Parmi les migrants en général, les requérants d'asile et les sans-papiers ont tendance à être plus exposés aux facteurs de risque qui influencent la santé mentale, par des expositions à la violence dans le pays d'origine, au stress pendant la migration et à la peur d'être débouté à l'arrivée dans le pays hôte⁵. Il y a relativement peu de données systématiques sur les maladies infectieuses et sur les maladies chroniques tout particulièrement cardiovasculaires et métaboliques. Cependant la littérature tend à supposer que les réfugiés ont des besoins de santé élevés².

Les différentes pathologies rapportées dans les études et les variations dans les prévalences publiées sont influencées par les pays de provenance des réfugiés ainsi que les conditions de migration. Les besoins de santé physique des migrants ont tendance à refléter le spectre endémique dans leur pays d'origine. Ainsi, les maladies infectieuses, y compris le VIH, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies parasitaires ont une prévalence plus élevée chez les immigrants de l'Afrique subsaharienne⁷. Des taux plus importants de maladies chroniques, y compris le diabète et les maladies cardiovasculaires, ont été observés chez des réfugiés d'Europe de l'Est. D'autres problèmes incluent une mauvaise dentition, la malnutrition, et une couverture vaccinale incomplète. Les prévalences observées dépendent également des directives nationales édictées pour le contrôle médical à l'entrée dans le pays d'accueil, c'est-à-dire le nombre et le type de dépistages et de diagnostics effectués. De manière générale en Europe, les requérants d'asile qui arrivent dans le pays hôte passent une visite médicale qui se focalise sur les maladies transmissibles et les vaccinations. Les lignes directrices édictées en Suisse vont dans ce sens (cf. section 4.1.4).

Un état de situation épidémiologique des requérants d'asile en Grande-Bretagne⁸ a montré une situation hétérogène en 2001 avec un réfugié sur six présentant un problème de santé physique grave influant sur sa qualité de vie et deux réfugiés sur trois avec de l'anxiété et/ou de la dépression. Une étude pilote plus récente à Cardiff⁹ a mis en œuvre une auto-évaluation de la situation de santé de 30 réfugiés (15 Africains et 15 Asiatiques), dont 30% étaient au Royaume-Uni depuis plus de quatre semaines. Parmi eux, 23 réfugiés (76,7%) ont déclaré un problème de santé dont sept cas de traumatismes (23,3%), trois situations de grossesse (10%), deux cas pour chacune des cinq affections suivantes : maladie mentale, HIV, problèmes respiratoires, cardiovasculaires et musculo-squelettiques, et 1 cas de problème dermatologique. En Australie, les problèmes identifiés en 2005 au moment de l'arrivée de réfugiés africains¹⁰ concernaient les déficiences nutritionnelles (fer, acide folique, vitamine A et vitamine D), les maladies parasitaires intestinales, les maladies infectieuses (tuberculose, hépatite) et le manque de couverture vaccinale.

Données sur l'état de santé des requérants d'asile en Suisse

En Suisse, une étude menée dans le canton de Bâle ville entre 2000 et 2003, auprès de 979 requérants d'asile (âge moyen de 22 ans, 38% de femmes, 494 requérants provenant de la région Serbie, Monténégro, Kosovo et Bosnie, 111 de l'Afrique sub-saharienne, 63 de Turquie, 48 d'Iraq et 47 du Sri Lanka)¹¹ a recensé 142 personnes (14,5%) avec des maladies musculo-squelettiques, 138 personnes (14,1%) avec des maladies respiratoires, 134 personnes (13,7%) présentant une maladie mentale, le plus fréquemment une dépression ou une situation de stress post-traumatique, 86 personnes (8,8%) avec des affections de la peau, 84 personnes (8,6%) présentant des blessures, 62 personnes (6,3%) avec des maladies infectieuses et parasitaires, 44 situations de grossesse et accouchement (4,5% du total des requérants et 11,8% des femmes), et 43 personnes (4,4%) avec des maladies cardio-vasculaires. L'analyse par régression logistique des facteurs qui influencent l'état de santé des requérants d'asile a montré que la population turque (OR 3,1, IC 95% 1.5-6.6) et celle du Sri Lanka (OR 4,0 IC 95% 1,6-9,7) présentait un plus grand nombre de blessures que les personnes du groupe de la Serbie-Monténégro et Bosnie-Herzégovine. Le fait d'être une femme n'est pas apparu comme un prédicteur significatif, sauf bien sûr en ce qui concerne les situations liées à la maternité. L'âge était positivement lié à chacun des groupes de maladies recensées.

Une étude menée en 2016 à Berne¹² chez 880 requérants syriens qui se sont présentés au service d'urgence entre le 1er novembre 2011 et le 30 juin 2014, a recensé des problèmes médicaux somatiques chez 321 patients (36,5%) dont 141 pour des maladies infectieuses et 70 pour des problèmes neurologiques, ainsi que des problèmes psychiatriques chez 137 patients (15,6%).

Une autre étude rétrospective bernoise¹³ basée sur 3'675 requérants d'asile africains, dont 612 Algériens, qui se sont présentés au service d'urgence entre janvier 2000 et le 30 novembre 2011, a recensé 1'628 (45%) cas présentant des problèmes de médecine interne, 1'487 (40%) cas de blessures, et 130 (3,5%) cas présentant des problèmes psychiatriques.

Une étude dressant un aperçu de la multi-morbidité chez les requérants d'asile à Berne¹⁴ rapporte que les requérants d'asile sont dans un moins bon état de santé que les autres immigrants et la population locale. Des symptômes chroniques sont globalement rapportés par 49% à 77% des requérants.

Focus sur la santé des femmes requérantes d'asile

Le rapport de synthèse de l'OMS² rapporte des situations périnatales moins bonnes pour les femmes migrantes par rapport aux femmes natives. Une politique nationale visant au renforcement de la protection individuelle et à la participation à la vie sociale réduirait les risques d'un accouchement prématuré, d'un plus faible poids du bébé à la naissance et de mortalité périnatale^{15, 16}.

Deux études publiées en Suisse soulignent principalement le problème d'accès à la contraception et l'exposition des femmes à la violence. Une étude menée dans le canton de Bâle ville¹⁷ a analysé les problèmes de santé reproductive auprès de 80 requérantes d'asile - âge moyen de 28 ans dont la moitié était originaire de l'ex-Yougoslavie - dans le but d'identifier leurs besoins en termes de santé périnatale. Les problèmes les plus fréquemment identifiés étaient les infections uro-génitales (41%) et les douleurs abdominales (25%). Dix-huit cas d'avortement ont été recensés parmi les

requérantes d'asile, ce qui représente un taux 2,5 fois plus élevé que parmi la population locale. L'isolement social et le manque de soutien pour s'occuper des jeunes enfants sont des facteurs qui motivent ces interruptions de grossesse. Ces femmes n'ont pas toutes un accès à la contraception, d'une part pour des raisons de compréhension d'utilisation et d'autre part pour des raisons financières. Il est à rappeler que la contraception ne fait pas partie des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en Suisse.

Une étude prospective menée à Genève de février 2005 à octobre 2006¹⁸ a comparé l'utilisation des mesures préventives et des soins pendant la grossesse chez des femmes enceintes sans-papiers (n=161) et un groupe contrôle de femmes enceintes en possession d'un permis de séjour légal (n=233). Soixante-et-un pourcents des femmes sans papiers ignoraient la contraception d'urgence par rapport à 9% dans le groupe contrôle. Les femmes sans-papiers ont consulté pour une première visite plus de 4 semaines plus tard comparativement aux femmes du groupe contrôle. Les complications pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum étaient similaires dans les deux groupes. Les auteurs concluent que les femmes sans-papiers sont plus à risque d'avoir des grossesses non désirées et des soins prénataux retardés.

Focus sur la santé mentale des requérants d'asile

Les symptômes de dépression, d'anxiété et d'agoraphobie sont régulièrement signalés chez les requérants d'asile. Ces symptômes résultent généralement de facteurs de stress, y compris le deuil, l'exil et la torture, et des taux élevés de syndromes de stress post-traumatiques sont signalés¹⁹.

Une enquête menée en Suisse auprès de 78 requérants d'asile - recensés depuis le 1er août 2007 et résidents depuis en moyenne 14 mois dans la région zurichoise - dont 71 étaient encore en attente d'une décision, aboutit au même constat : un diagnostic psychiatrique, dépression majeure et/ou syndrome de stress post-traumatique a été recensé chez 32 patients (41%)²⁰.

Beaucoup de ces symptômes peuvent être exacerbés par les conditions de vie dans le pays d'accueil, telles que la détention, la pauvreté, l'inactivité professionnelle et les conditions de logement⁷. La détresse mentale a une prévalence plus élevée chez les réfugiés comparativement à la population locale avec un risque encore accru pour les requérants d'asile²¹. Les principaux facteurs de risque associés à une mauvaise santé mentale sont le fait d'être une femme, d'avoir un âge avancé, d'avoir subi un traumatisme, et de manquer de soutien social.

Le fait d'avoir une formation et un emploi dans le pays d'accueil a une influence positive sur la santé mentale. Ainsi, un soutien social, une prise en charge scolaire et la maîtrise de la langue peuvent améliorer la santé mentale des enfants à long terme ; tout particulièrement celle des mineurs non accompagnés ou exposés à la violence^{22, 23}.

Une étude basée sur le registre central de tous les services de santé mentale du canton de Zurich - incluant tous les patients de 18 ans et plus, admis dans un hôpital psychiatrique entre le 01.01.1995 et le 31.12.2001, soit 28'204 patients²⁴ - a révélé que les immigrants ont moins d'hospitalisations psychiatriques mais plus d'admissions en urgence. Les différences observées sont d'autant plus marquées chez les immigrants en provenance des pays les plus éloignés.

4.1.3 Facteurs de risque et vulnérabilité

Les requérants d'asile constituent une population vulnérable en raison de nombreux facteurs de risque pré- et post-migratoires et durant l'exil.^{4, 25-27}

Dans l'ouvrage « Vulnérabilités, équité et santé » codirigé par Patrick Bodenmann, Yves Jackson et Hans Wolff et publié en 2018 aux éditions RMS / Médecins et hygiène²⁸, les auteurs définissent la vulnérabilité dans une perspective éthique : la vulnérabilité est la probabilité accrue de subir un tort : n'importe quel tort, pour n'importe quelle raison. Cet ouvrage, paru après la réalisation de cette revue de la littérature, comporte plusieurs chapitres (notamment les chapitres 1.4, 1.7, 1.8, 2.2, 2.9, 2.11, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 4.6, 4.7, 4.8) qui reprennent ou complètent des aspects abordés dans ce rapport.

Les facteurs de risque pré-migratoires comprennent notamment : 1) l'incidence et la prévalence des maladies infectieuses dans le pays de provenance, par exemple la tuberculose, l'hépatite B ou le VIH, avec les risques supplémentaires d'acquisition et de transmission de ces maladies pendant le voyage, dans les centres de transit et à l'arrivée dans le pays hôte ; 2) l'incidence et la prévalence des maladies non-infectieuses, aiguës et chroniques, par exemple hypertension et diabète ; 3) les facteurs environnementaux, géographiques, climatiques et politiques, qui incluent des traumatismes et la torture peuvent par exemple provoquer un syndrome de stress post-traumatique, des maladies mentales et des atteintes physiques. En outre, les demandeurs d'asile viennent souvent de zones de conflit, sans accès à des services de santé adéquats ; 4) les facteurs sociaux et culturels du pays quitté, liés à l'éducation, aux conditions économiques et aux habitudes comportementales.

Les facteurs de risque post-migratoires comprennent notamment : 1) la détention et la durée de la procédure d'asile ; 2) les barrières linguistiques et le manque de réseau social ; 3) le manque de connaissances sur le système de santé du pays d'accueil.

Nous n'avons pas identifié d'article scientifique proposant un score basé sur des critères établis et validés qui permettrait de quantifier le degré de vulnérabilité d'un requérant d'asile donné.

4.1.4 Bilans de santé dans les pays d'accueil

De manière générale en Europe, les requérants qui arrivent dans un pays hôte passe une visite médicale qui se focalise principalement sur les maladies transmissibles et les vaccinations. Les examens médicaux et les dépistages effectués à l'arrivée des requérants dans les pays hôtes ne sont pas similaires dans l'ensemble des pays européens. Les dépistages sont soit obligatoires ou effectués à titre volontaire ou encore ils ne sont pas mis en œuvre. Par exemple, une enquête menée dans l'Union européenne⁴ mentionne 11 pays qui mettent en œuvre un dépistage des maladies mentales, dont seulement trois à titre obligatoire, et huit pays qui n'effectuent pas ce dépistage. Par contre, à cette même époque, 22 des pays étudiés (96%) pratiquent le dépistage de la tuberculose.

Les lignes directrices édictées en Suisse vont dans ce sens avec des évolutions notables durant ces 20 dernières années. En 1996 l'examen sanitaire de frontière comportait un dépistage de la

tuberculose (radiophotographie et test de Mantoux), le dépistage de l'exposition à l'hépatite B (anti-HBc) et les vaccinations selon le plan suisse - tétanos, diphtérie, poliomyélite, rougeole, oreillons, rubéole, et vaccination contre l'hépatite B selon le résultat du dépistage. Cet examen sanitaire était obligatoire pour tous les requérants d'asile arrivant en Suisse. Précédemment un dépistage des parasites intestinaux était également pratiqué²⁹.

Depuis le 1er janvier 2006^o, toutes les personnes du domaine de l'asile qui entrent en Suisse (centres d'enregistrement et de procédures de Vallorbe, Bâle, Kreuzlingen, Chiasso ou centre de transit d'Altstätten, placés sous l'égide de la Confédération) reçoivent des informations sur le système de santé, la tuberculose et la vaccination grâce à un instrument audiovisuel adapté dans 28 langues. Un bilan de santé est mené sur place par une personne soignante diplômée, infirmière avec une formation spécifique, qui utilise une anamnèse ciblée. A l'issue de cet entretien, les personnes de plus de 16 ans reçoivent des informations concernant le VIH et le sida au moyen d'un support audiovisuel. Un dossier médical est établi pour les personnes ayant nécessité un examen médical. Les mesures sanitaires de frontière prennent fin lors du départ du centres d'enregistrement et de procédures (CEP). Lors de l'attribution à un canton, le médecin cantonal reçoit s'il y a lieu des informations sur les médicaments prescrits et les coordonnées du médecin du CEP. C'est ensuite le canton qui accueille le requérant qui lui garantit l'accès aux soins médicaux de base.

C'est la société « ORS Service AG »^p qui applique depuis 2006 les mesures sanitaires aux frontières dans les CEP sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Tous les requérants d'asile nouvellement arrivés sont soumis aux mesures sanitaires aux frontières dans les cinq jours qui suivent leur arrivée dans un CEP.

Concernant la tuberculose, la détection d'un risque au moyen d'un bref questionnaire aboutit à une demande d'examen médical. Le renoncement depuis 2006 à un dépistage de routine par radiographie, dont le faible rapport efficacité/coûts est reconnu^{30, 31} aurait permis à la Confédération d'économiser environ 2,5 millions de francs par an sur la base de 10'000 requérants d'asile^q.

Une enquête sur les politiques en place quant au dépistage de l'hépatite B chronique chez les migrants^{32,33} relève que : « Si la Suisse compte parmi les pays avec une faible prévalence d'hépatite B, 97% des requérants d'asile accueillis en Suisse chaque année proviennent de pays à moyenne ou haute prévalence d'hépatite B chronique. Alors que les risques de transmission et de complications de l'hépatite B chronique sont élevés, aucun dépistage de cette infection n'est à ce jour proposé systématiquement en Suisse à ces migrants. ». Un statut de la sérologie anti-HBc est toutefois réalisé d'office dans le canton de Vaud et dans cette même étude, la revue de 501 dossiers de migrants adultes arrivés dans le canton entre 2009 et 2011 a permis d'estimer une prévalence d'exposition au virus antérieure de 42% dans cette population. Selon les auteurs « pour améliorer la mise en évidence de l'hépatite B chronique chez les requérants d'asile, il conviendrait par

^o Cf. OFSP : Réorientation des mesures sanitaires de frontière. Bulletin OFSP 1/06, pages 14-16

^p Cf. <http://www.ors.ch/fr-CH/Encadrement/Service-sanitaire-de-frontiere>

^q Cf. OFSP : Dépistage de la tuberculose chez les requérants d'asile de 2000 à 2003. Bulletin OFSP 1/06, pages 12-13

exemple de mettre en place un dépistage systématique de l'AgHBs », premier indicateur d'une infection aiguë ou chronique.

Dans le domaine de l'infectiologie, des recommandations pour la pratique clinique quotidienne soulignent l'importance de la vaccination précoce des réfugiés, idéalement dans les quelques jours suivant l'arrivée et préconisent de rechercher des infections chroniques, telles que l'infection par le VIH, la syphilis et l'hépatite B et C³⁴.

4.1.5 Accès et barrières aux soins des requérants d'asile

Il y a relativement peu d'études qui analysent l'utilisation des services de santé par les requérants d'asile³⁵. Au niveau international, quelques auteurs rapportent des sous-utilisations et des utilisations non optimales des services de santé^{36, 37}. Il est fait mention de difficultés d'accès aux médecins généralistes ce qui mène à un recours aux services d'urgence pour des traitements non pressants. Des recours inadéquats se constatent aussi lorsque les réfugiés sont enregistrés chez des médecins de premier recours³⁸. Il est également mentionné des consultations tardives pour des soins prénataux avec parfois des conséquences sur le terme de la grossesse. Les expériences antérieures dans l'utilisation des services de santé influencent les attentes des réfugiés avant de consulter une première fois.

Barrières aux soins de santé

Au niveau international, plusieurs barrières ont été identifiées^{1, 39, 40}. Elles sont multifactorielles et sont en relation avec : a) la législation et le financement des soins ; b) la langue et les différences culturelles ; c) l'organisation des soins et l'accès aux soins ; d) la continuité des soins ; e) la coordination des soins.

a. Barrières légales, administratives et financières

Elles dépendent de la politique d'asile et de redistribution des ressources entre les réfugiés et la population locale. Elles sont liées au statut juridique du requérant et aux droits qui en découlent. Un processus facilitant et une couverture complète pour les soins de santé, sans délai d'attente, ont évidemment un impact positif sur l'accès aux traitements^{2, 41}.

Les couvertures sont variables selon les pays. Le financement et la prise en charge des réfugiés peut être comparable à ceux octroyés à la population du pays, par exemple en Suisse, dans les pays nordiques et en Angleterre qui a cependant instauré de nouvelles restrictions depuis août 2017^r. Dans d'autres pays, la prise en charge se limite à des prestataires ou à des prestations spécifiques. La barrière financière est importante et la pauvreté des requérants les incite à reléguer les soins de santé à des besoins non prioritaires^{42, 43}.

^r Cf. <https://cityofsanctuary.org/wp-content/uploads/2017/08/Asylum-Matters-Healthcare-Regulations-Briefing-2017-2.pdf>

b. Barrières linguistiques et socio-culturelles

Les barrières linguistiques et socio-culturelles sont considérées d'une manière générale comme les plus grands obstacles pour fournir des soins de qualité et adéquats aux réfugiés^{39, 44, 45}.

L'utilisation de traducteurs peut palier à cet obstacle mais cela nécessite de prendre plus de temps pour la prise en charge du patient et la consultation. De plus, les connaissances linguistiques n'engagent pas seulement le diagnostic, le traitement de la maladie et son suivi par le professionnel de santé, mais aussi le soutien pour prendre des rendez-vous, se rendre aux consultations, se déplacer dans les services de soins, expliquer les processus de soins au patient et à ses proches.

La prise en compte des besoins fondamentaux implique la compréhension et le respect des différences socio-culturelles et religieuses, notamment dans les domaines de la santé des femmes et des soins périnataux. Dès lors émerge le besoin de médiateurs pouvant à la fois intégrer les connaissances ethniques et linguistiques pour faciliter une communication interculturelle entre les patients et les soignants et établir un lien de confiance^{43, 46}.

c. Barrières organisationnelles et obstacles à l'accès équitable aux services de soins

De manière générale au niveau européen, il y a des réponses réactives plutôt que proactives par rapport aux besoins des réfugiés. Les flux migratoires sont fluctuants en nombre de personnes et en complexité et ils sont difficiles à anticiper. Cela nécessite une préparation structurée, parfois mise en veille, pour répondre de façon adéquate aux besoins spécifiques des requérants d'asile. Il en découle de possibles dysfonctionnements, tels que le recours inadéquat à des services d'urgence, l'incompréhension des besoins du patient et le moindre recours à des soins spécialisés⁴⁶.

Les principaux problèmes organisationnels sont : la faible disponibilité pour les requérants d'asile de la part du système de santé dans le cadre de son organisation habituelle ; la formation lacunaire des prestataires à certaines pathologies rencontrées chez les requérants d'asile ; la méconnaissance et l'incompréhension des besoins particuliers des réfugiés par rapport à leur culture et leur expérience antérieure en matière de soins ; l'éventuel éloignement géographique du domicile du requérant qui pose le problème de l'organisation et du financement de son transport aux consultations.

d. Obstacles pour assurer la continuité et la coordination des soins

Les professionnels de santé sont régulièrement confrontés à un manque d'information sur les patients requérants d'asile ce qui entrave la continuité des soins. Cela concerne notamment : l'absence de dossier médical à la première consultation ou la perte d'information pendant le transit jusqu'à l'installation du réfugié dans un centre d'hébergement ; le manque d'échange d'informations entre les pays transités et parfois au sein d'un même pays, avec perte d'une partie de l'impact de l'aide reçue lors des phases précédentes ; le manque de connexions entre les différentes bases de données ou un accès contraignant et difficile à ces informations ; la non documentation du statut des vaccinations.

L'information sur la santé des patients joue un rôle central dans les soins et l'accès à cette information est d'autant plus difficile que les requérants proviennent fréquemment de pays et de cultures où les informations se récoltent auprès de la famille ou des proches plutôt qu'auprès d'une

organisation de soins⁴⁷. La création d'un lien de confiance est indispensable pour que la communication puisse s'établir ouvertement, d'autant plus que les requérants se trouvent dans une situation d'attente d'un statut de résidence légalisé et qu'ils peuvent penser que la mention d'une pathologie peut affaiblir leur dossier. Par ailleurs, le système de santé du pays d'accueil est fréquemment consulté pour des demandes qui ne concernent pas directement la santé, par exemple pour régler des problèmes sociaux^{7, 41, 42}.

Les informations sur le droit des réfugiés à accéder aux soins de santé ne sont pas toujours fournies ou elles ne sont pas comprises par le requérant. L'obstacle majeur identifié au niveau européen est le manque de connaissance du requérant sur le système de santé du pays d'accueil, les services disponibles et sur façon de pouvoir y accéder⁴². Cela restreint leur participation au processus de soin, aux programmes de prévention et au dépistage des maladies chroniques. Au manque de littératie dans le domaine de la santé s'ajoutent les croyances culturelles sur la santé et la maladie²⁸. Elles influencent la capacité des individus à comprendre les instructions des professionnels de la santé pour suivre correctement un traitement⁴⁸.

Mesure de l'accès aux soins

La mesure de l'accès aux soins peut consister à comparer l'utilisation des prestations de soins entre les requérants d'asile et des populations locales. Une revue de la littérature a identifié 21 études menées dans 6 pays européens et a relevé les indicateurs utilisés pour mesurer l'accès aux soins des migrants⁴⁹. Parmi ces indicateurs figurent le recours à la mammographie et le screening du col de l'utérus, le nombre de consultations chez un médecin de premier recours, le nombre de consultations chez un médecin spécialiste, le nombre de consultations en urgence ou en dehors des heures d'ouverture habituelle des consultations, ou encore le délai d'attente jusqu'au premier contact avec un référent de santé pour discuter des premiers signes d'une affection. Les auteurs relèvent un manque de comparabilité des groupes. Les données pour l'ajustement par les facteurs sociodémographiques et l'état de santé sont rarement disponibles. Il est également envisageable de comparer l'utilisation de services particuliers comme la vaccination, les soins de réadaptation après un traumatisme, ou les consommations médicamenteuses^{50, 51}.

Pour évaluer l'utilisation des soins par les requérants d'asile, une revue systématique⁴² a analysé 32 études (23 quantitatives) dont 8 menées en Suisse. Les taux d'utilisation des soins sont variables et les résultats sont parfois contradictoires. La taille des échantillons, le type d'organisation des soins et les spécificités étudiées peuvent expliquer ces décalages.

4.1.6 Modèles de prise en charge en Suisse

L'OFSP a publié en 2017 un concept visant à garantir la détection, le traitement et la prévention des maladies transmissibles ainsi que l'accès aux soins de santé requis pour les requérants d'asile⁵². Les systèmes de prises en charge des requérants d'asile ne sont cependant pas identiques dans tous les cantons. L'identification des requérants nécessitant des soins, la mise en place d'une consultation et le suivi médical des patients n'ont pas fait l'objet à notre connaissance d'une étude comparative. Des variations sont attendues compte tenu des disparités déjà observées entre les

cantons en ce qui concerne la consommation des prestations médicales et pharmaceutiques prises en charge par l'assurance de base⁵³.

En termes d'organisation, les modèles proposés en Suisse comprennent notamment :

- Le modèle proposé par la société ORS Service SA : « Dans le canton de Fribourg elle prend en charge l'encadrement et l'hébergement des requérants d'asile et leur offre des soins de santé professionnels : le personnel médical d'ORS Service AG informe, promeut la santé et prévient les problèmes médico-sociaux. Les prestataires encadrent et accompagnent les requérants d'asile vers une prise en charge autonome de leur santé »^s. Selon leur site web, cette société a également des mandats pour les cantons de Bâle campagne, Zürich, Berne, Soleure et Argovie, ainsi qu'à l'étranger en Autriche et Allemagne ;
- Le modèle de Bâle-ville, qui a organisé un système HMO (Health Maintenance Organisation), dans lequel les médecins jouent le rôle de « gate keepers »⁵⁴ ;
- Le modèle de « l'unité de médecine des voyages et des migrations » des HUG à Genève, qui propose une organisation spécifique pour les soins des requérants d'asile.
- Le modèle vaudois RESAMI qui fait l'objet de la présente étude^{55, 56}.

4.1.7 Coûts et financement des soins aux requérants d'asile

L'évaluation de la corrélation entre le montant des dépenses du United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) à l'aide des données budgétaires 2011 ont montré une association entre le montant des dépenses et la mortalité des réfugiés⁵⁷. L'analyse porte sur 1,6 million de réfugiés dans 17 pays, correspondant à 20 sites. Elle relève des dépenses annuelles médianes en 2011 de l'ordre de 623.27 \$ par personne, pour l'abri, la nourriture et les soins sanitaires. Les auteurs concluent que l'augmentation des dépenses du UNHCR pour les populations réfugiées est corrélée à une mortalité plus faible, reflétant probablement une vulnérabilité unique des réfugiés et une forte dépendance à l'aide.

En Suisse, une étude menée dans le canton de Bâle ville entre 2000 et 2003, auprès de 979 requérants d'asile⁵⁴ a permis de recenser les coûts de leurs prises en charge sanitaires et de les comparer à un groupe contrôle astreint à consulter dans le même service ambulatoire. Les coûts moyens pour les requérants d'asile (295.50 CHF par mois) étaient plus bas que ceux des patients ambulatoires locaux qui consultaient dans ce même service (644,70 CHF par mois). Ces différences étaient significatives dans les groupes d'âges inférieurs à 50 ans mais pas au-delà. L'étude ne confirme pas l'hypothèse que les requérants d'asile consomment plus de ressources de santé. Les résultats suggèrent que les requérants jeunes et d'âge moyen (< 50 ans) consomment moins de ressources de santé que la population générale.

Une étude sur la prise en charge de la santé mentale de 78 requérants d'asile dans le canton de Zurich²⁰, a montré que les coûts annuels par patients sont 1,8 fois plus élevés pour les requérants (2'445 CHF) par rapport à la population résidente (1'366 CHF en 2008). L'échantillon n'est cependant pas suffisant pour observer des différences statistiquement significatives. Les auteurs

^s Cf. <http://www.ors.ch/fr-CH/Qui-sommes-nous-/Les-etapes-cles>

relèvent que pour des raisons linguistiques les prises en charge des requérants sont plus axées sur les traitements médicamenteux que sur des entretiens psychothérapeutiques.

En Allemagne, une étude a porté sur tous les réfugiés et requérants d'asile inscrits dans la statistique fédérale allemande entre 1994 et 2013⁵⁸. Elle a comparé les dépenses de santé entre les réfugiés au bénéfice d'un permis de séjour de longue durée ayant un accès normal aux soins et les dépenses des réfugiés ayant un accès restreint aux soins (soins limités aux conditions urgentes et/ou douloureuses). Pendant la période d'observation, les 4'160'172 années-personnes avec un accès restreint ont représenté des dépenses voisinant 5'570 milliards d'euros (1'339 euros par personne et par année) et les 1'528'111 années-personnes avec accès régulier ont représenté 1'472 milliards d'euros (963 euros par personne et par année). Les auteurs estiment que la différence de 375 euros par patient et par année correspond sur les deux décennies à une dépense de 1'560 milliards d'euros, qui aurait pu être évitée en l'absence d'une restriction d'accès aux soins de santé.

4.1.8 Principaux constats issus de la revue de la littérature

État de santé

- L'état de santé des requérants d'asile est variable selon les régions d'origine et les conditions de migration. La littérature relève majoritairement des besoins de santé élevés.
- Les preuves d'un moins bon état de santé concernent surtout la maternité et la santé mentale, qui inclut les séquelles de tortures, deuils et stress ainsi que les syndromes posttraumatiques.
- La diversité des méthodes d'investigation rencontrées (interviews et enquêtes sur des petits collectifs ou analyses rétrospectives sur des dossiers médicaux et des registres) et des populations étudiées limite la comparabilité des résultats et leur généralisation. La construction d'indicateurs comparables reste donc un défi pour les chercheurs.

Accès aux soins

- Un accès libre aux soins n'est pas universel et l'incapacité de payer les prestations et leurs coûts annexes, par exemple le transport jusqu'à la consultation, sont des freins souvent mentionnés.
- Le manque de compréhension du système de santé et la faible littératie en santé sont des barrières importantes pour les requérants d'asile.
- La continuité des soins par les mêmes professionnels et la connaissance des problèmes spécifiques rencontrés chez les requérants d'asile sont perçus comme des facilitateurs car ils favorisent un climat de confiance avec les soignants.
- Les connaissances linguistiques et la compréhension des différences culturelles sont déterminantes pour adapter les processus de soins aux besoins individuels des patients. Le recours à des médiateurs culturels est souvent mentionné comme bénéfique dans la littérature.

Coûts et modèles de prise en charge

- Des estimations faites dans le canton de Bâle-Ville sur des données allant de 2000 à 2003 suggèrent que les requérants jeunes (<50 ans) consomment globalement moins de ressources de santé que la population générale.
- Une étude faite en Allemagne, sur la base des statistiques fédérales entre 1994 et 2013, a montré que les requérants ayant un accès restreint au système de santé engendraient des dépenses supérieures (1'339 euros par personne et par année) comparativement aux réfugiés ayant droit à un accès régulier aux services de soins (963 euros par personne et par année).
- Plusieurs modèles de prise en charge sont identifiés en Suisse, par exemple le modèle proposé par la société ORS Service SA, le modèle de type HMO à Bâle-Ville, une unité de médecine des voyages et des migrations à Genève et le modèle vaudois RESAMI. Cette pluralité représente une opportunité d'entreprendre - dans une éventuelle étude complémentaire ultérieure - des comparaisons intercantionales.

Enseignements utiles pour la réalisation de l'étude RESAMI

Pour pouvoir être interprétées de manière adéquate, les analyses portant sur l'utilisation de soins par les requérants d'asile doivent prendre en compte un certain nombre de variables connues pour être associées à leur consommation de soins, comme par exemple l'âge, le sexe, la région d'origine, le niveau de formation, ou le statut légal dans le pays d'accueil. Il faut toutefois relever que les ajustements statistiques sont limités par la disponibilité et la qualité des données. Le contexte vaudois représente en ce sens une opportunité puisque en liant des bases de données de consommation de soins avec une base de données contenant des informations sociodémographiques pertinentes, des analyses d'association et des ajustements pourront être faits.

Les modèles de prise en charge sont diversifiés et relativement peu décrits dans la littérature tant du point de vue organisationnel que du point de vue de l'efficacité. Il y aura donc peu de points de comparaison disponibles pour interpréter les résultats de nos analyses en termes d'efficacité.

A l'issue de cette revue ciblée de la littérature, nous n'avons pas identifié de score basé sur des critères établis et validés qui permettrait de quantifier le degré de vulnérabilité des requérants d'asile. Les différents facteurs de risque pour une vulnérabilité accrue qui sont relatés dans cette revue de la littérature nécessitent une appréciation clinique pour que leur impact potentiel sur la santé d'un requérant d'asile donné puisse être évalué et intégré dans la prise en charge. En l'absence d'un tel score, nous devons utiliser des variables « proxy » pour identifier de manière fragmentaire certains aspects de la vulnérabilité (par ex. faible niveau d'éducation, non compréhension d'une des langues nationales ou de l'anglais, etc.).

4.2 Modèle logique du RESAMI

Le Tableau 1 présente le modèle logique auquel nous sommes parvenus en collaboration avec le groupe de pilotage, dont faisaient partie les représentants des institutions impliquées au premier chef dans le fonctionnement du RESAMI (PMU dont USMi, EVAM, Office du médecin cantonal).

De manière habituelle, les colonnes présentent de gauche à droite les acteurs, les inputs (compétences mobilisées, ressources financières et logistiques), les activités, les outputs (i.e. les produits des activités), les outcomes (i.e. les résultats attendus à court et à moyen termes) et les impacts (i.e. les changements ultimes au niveau macro, visés par le projet). Pour des raisons de lisibilité, les impacts sont regroupés sur une page séparée en fin de tableau.

Les lignes présentent le fonctionnement du RESAMI pour les domaines d'activités suivants : Direction de projet ; Administration relative aux nouveaux arrivants ; Phase de santé communautaire ; Suivi infirmier ; Suivi médical ; Interprétariat ; Saisie, facturation et remboursement des prestations ; Adhésion des patients.

Tableau 1 Modèle logique décrivant le fonctionnement et les objectifs du RESAMI

	Acteurs	Inputs	Activités	Outputs	Outcomes	Impacts
Direction de projet	<ul style="list-style-type: none"> - Direction stratégique RESAMI: DSAS (SG, SSP), DEIS (SG, SPOP, COASI), SRC, CHUV, PMU, EVAM 	<ul style="list-style-type: none"> - Compétences stratégiques (orientation stratégique du RESAMI) - Soutien institutionnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Définir une stratégie pour le RESAMI - Suivre et adapter la stratégie lors de 3-4 séances par année 	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie en phase avec les besoins actuels 	<ul style="list-style-type: none"> - Optimisation de l'efficacité du dispositif grâce à la planification stratégique, et au suivi opérationnel - Qualité et sécurité accrue des soins grâce aux procédures standardisées selon pratiques exemplaires - Autonomie accrue des infirmiers/ères USMi permettant de réduire le nombre d'actes médicaux - Développement + diffusion expertise du RESAMI aux professionnels de la santé - Amélioration de la réponse à l'urgence (afflux soudain) - Modèle pour la prise en charge d'autres réfugiés (par ex. personnes arrivées en CH avec permis B) - Reconnaissance des besoins spécifiques des MDA en matière de santé 	(voir Impacts fin de tableau)
	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de suivi opérationnel du RESAMI (CSO) (=PMU / EVAM / SSP / MPR) - Direction médicale - Direction infirmière - Direction administrative 	<ul style="list-style-type: none"> - Compétences managériales (direction opérationnelle du RESAMI) - Partenariat avec d'autres services concernés - Financement des soins RESAMI par l'AOS et le canton 	<ul style="list-style-type: none"> - Définir des objectifs/critères de qualité visés par le RESAMI et suivi opérationnel lors de 3 séances du CSO par mois - Recruter des nouveaux partenaires pour le RESAMI (par ex. pédiatres, MPR, autres médecins spécialistes) - Rédiger du matériel d'information et organiser des formations pour les médecins et autres partenaires RESAMI - Rédiger/mettre à jour un algorithme infirmier pour la réalisation des évaluations de santé - Rédiger des protocoles de délégation "automatique" du méd. --> inf. (sans besoin de validation) - Faire rédiger et traduire du matériel d'information / de promotion de la santé à l'intention des MDA - Répondre aux demandes du terrain (gérer RH + autres ressources pour réponse rapide en cas d'afflux important) - Suivre les coûts inhérents au RESAMI 	<ul style="list-style-type: none"> - Objectifs clairs, procédures standardisées - RESAMI peut s'appuyer sur un réseau de partenaires médicaux répondant aux besoins - Matériel d'information pour les médecins et autres partenaires RESAMI et partenaires formés - Matériel d'information sur le réseau sanitaire pour les MDA (multilingue) - Matériel écrit/audio de promotion de la santé (multilingue) - Effectifs adéquats en personnel et ressources suffisantes pour remplir les missions du RESAMI 		

	Acteurs	Inputs	Activités	Outputs	Outcomes	Impacts
Administration relative aux nouveaux arrivants	- SEM (Centres d'enregistrement et de procédure)		- Signaler à l'USMi les cas demandant une attention médicale particulière	- Les cas demandant une attention particulière sont vus et pris en charge en priorité	- Les conséquences d'une prise en charge tardive des cas demandant une attention particulière sont évitées	(Voir impacts en fin de tableau)
	- SPOP		- Attribuer l'aide d'urgence aux personnes en situation irrégulière ayant besoin de soins médicaux	- Les bénéficiaires de l'aide d'urgence sont orientés vers l'USMi	- Premier contact et accès facilité au système de santé pour les bénéficiaires de l'aide d'urgence	
	- EVAM (Responsable admin., assistants sociaux, ...)	- Compétences administratives et en assistance aux migrants	<ul style="list-style-type: none"> - Enregistrer les nouvelles arrivées dans le canton de Vaud + transmettre l'information au RESAMI - Conclure une AOS pour chaque MDA (requérant d'asile ou bénéficiaire de l'aide d'urgence) - Distribuer une information écrite (brochure "que faire si je suis malade?") et audio multilingue - Organiser des séances d'information collective, notamment en ce qui concerne l'AOS / assurance accident - Mettre les MDA en contact avec des professionnels des soins en cas de besoin urgent, orienter les demandes de soins si nécessaire - Mettre à disposition des titres de transport - Collecter des données sur les incidents d'incivilité et de violence au sein des centres d'hébergement 	<ul style="list-style-type: none"> - Les MDA sont enregistrés et reçoivent un identifiant administratif unique - Les MDA bénéficient d'une AOS et de la gestion du remboursement des frais médicaux - Les MDA sont orientés vers l'USMi - Les MDA sont présents aux séances d'information et reçoivent les informations nécessaires - Des statistiques sur les violences au sein des centres d'hébergement sont disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi administratif et médico-infirmier facilité par l'attribution d'un identifiant administratif unique - Premier contact et accès facilité au système de santé pour les MDA - Diminution du risque de renoncement aux soins pour des raisons financières - Empowerment des MDA grâce à un accès facilité aux informations relatives à la santé - Mise en place de mesures de prévention en cas de violences commises au sein des centres d'hébergement 	
	- Responsable admin. RESAMI	- Compétences administratives spécifiques (coordination, organisation des soins)	<ul style="list-style-type: none"> - Convoquer les nouveaux arrivants pour une évaluation de santé dans l'USMi le plus proche - Organiser les consultations de suivi - Planifier les rendez-vous médicaux chez des spécialistes - Organiser l'interpréariat - Servir de porte d'entrée et de lien avec les partenaires externes 	<ul style="list-style-type: none"> - Les MDA reçoivent une convocation dans un langage qu'ils peuvent comprendre pour une évaluation de santé - Les rendez-vous sont fixés en fonction des besoins auprès des partenaires de soins - Un interprète est réservé en cas de besoin - Les liens sont assurés entre l'USMi et les partenaires externes 	<ul style="list-style-type: none"> - L'USMi représente pour tous les MDA le premier point de contact avec le système de santé dans le canton de Vaud - L'USMi joue un rôle de suivi et d'orientation au sein du RESAMI et du système de santé 	

	Acteurs	Inputs	Activités	Outputs	Outcomes	Impacts
Phase de santé communautaire	Infirmiers/ères USMi	<ul style="list-style-type: none"> - Modules de prévention (matériel multilingue) - Santé mentale - Santé dentaire - Sport et alimentation - Promotion de la paix - Santé sexuelle - Addictions 	<ul style="list-style-type: none"> - Animer des séances collectives de prévention dans les locaux EVAM 	<ul style="list-style-type: none"> - Les MDA assistent aux modules de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des connaissances des MDA sur les comportements à risque et les comportements favorables à la santé - Accroissement de la capacité des MDA à prendre des décisions favorables à la santé 	(Voir impacts en fin de tableau)
		<ul style="list-style-type: none"> - Compétences infirmières - Compétences transculturelles - Locaux EVAM loués par la PMU ou locaux externes - Bus de l'équipe mobile - Matériel de soins - Vaccins - Algorithme pour l'évaluation de santé - Protocole de délégation médicale ""automatique"" (sans besoin de validation) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dans les locaux de l'EVAM ou dans le bus de l'équipe mobile: - Réaliser une évaluation de santé (évaluation globale + par système + selon plaintes, poids, taille, pouls, TA) - Appeler un médecin USMi si un problème est détecté pendant l'évaluation de santé - Vacciner - Informer sur le système de santé vaudois - Offrir un soutien psychologique - Ouvrir les dossiers SOARIAN (dossiers médico-infirmiers) pour saisir les constats - Organiser un suivi infirmier si nécessaire - Evaluer le degré de vulnérabilité (jugement clinique) - Favoriser l'autonomisation des moins vulnérables en les orientant vers des MPR hors USMi à l'issue de la phase de santé communautaire (= date de la dernière vaccination) - Respecter le libre choix des patients concernant les prestataires à qui ils souhaitent s'adresser (si nécessaire en présence d'un interprète) 	<ul style="list-style-type: none"> - Les MDA bénéficient d'une évaluation systématique de leur état de santé - Les vaccins sont mis à jour selon les recommandations de l'OFSP - Les situations de plus grande vulnérabilité sont identifiées - Les diagnostics infirmiers sont disponibles - Les cas qui le nécessitent sont vus par le médecin USMi ou référés à un prestataire extérieur suite à l'évaluation de santé - Les patients dont le degré d'autonomie est suffisant sont orientés vers un suivi par les MPR conventionnés RESAMI à l'issue de la phase de santé communautaire (NB: collaboration quasi exclusive avec MPR conventionnés RESAMI) 	<ul style="list-style-type: none"> - Les éventuels problèmes de santé sont identifiés précocement - Les mesures de prévention et de promotion de la santé sont proposées en fonction des besoins - Les examens et les traitements nécessaires sont entrepris rapidement - Les soins adoptent une approche globale et holistique et prennent en compte les facteurs de vulnérabilité des MDA - Les prestataires les plus ""spécialisés"" dans les soins aux migrants sont sollicités par les MDA les plus vulnérables - Le canton dispose d'une vue d'ensemble sur l'état de santé des arrivants et de leurs besoins de soins 	

	Acteurs	Inputs	Activités	Outputs	Outcomes	Impacts
Suivi infirmier	Infirmiers/ères USMi	<ul style="list-style-type: none"> - Compétences infirmières - Compétences transculturelles - Locaux EVAM loués par la PMU ou locaux externes - Bus de l'équipe mobile - Matériel de soins - Vaccins - Algorithme pour l'évaluation de santé - Protocole de délégation médicale ""automatique"" (sans besoin de validation) 	<p>Dans les locaux de l'EVAM ou dans le bus de l'équipe mobile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Offrir des soins dans le cadre de la consultation infirmière - Offrir des conseils de prévention et de promotion de la santé individualisés et en continu. - Maintenir à jour le dossier médico-infirmier - Référer au médecin USMi, à un médecin conventionné RESAMI ou à un autre prestataire si nécessaire - Orienter le patient dans le réseau médico-sanitaire vaudois (si nécessaire en présence d'un interprète) 	<ul style="list-style-type: none"> - Les MDA bénéficient d'un suivi et de conseils lors de consultations infirmières adaptées à leurs besoins et à leurs spécificités 	<ul style="list-style-type: none"> - Accès facilité à des soins adaptés pour les MDA - Augmentation du sentiment de sécurité - Amélioration de l'adhérence aux traitements ou aux mesures de prévention 	(Voir Impacts en fin de tableau)
Suivi médical	- Médecin USMi	<ul style="list-style-type: none"> - Compétences médicales - Compétences spécifiques en soins aux migrants - Compétences transculturelles - Locaux EVAM - Bus de l'équipe mobile - Matériel de soins 	<p>Dans les locaux de l'EVAM ou dans le bus de l'équipe mobile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner des soins aux MDA (référés par les infirmières USMi, ou venant consulter dans le cadre d'un suivi médical), si nécessaire en présence d'un interprète - Utiliser la plateforme d'information du RESAMI - Ouvrir et maintenir à jour les dossiers SOARIAN (dossiers médico-infirmiers) pour saisir les constats (si nécessaire en présence d'un interprète) 	<ul style="list-style-type: none"> - Les diagnostics médicaux sont établis - Les traitements médicaux requis sont initiés" 	<ul style="list-style-type: none"> - Les MDA présentant des pathologies médicales voient leurs condition s'améliorer 	

	Acteurs	Inputs	Activités	Outputs	Outcomes	Impacts
Suivi médical	<ul style="list-style-type: none"> - Médecins de premier recours (MPR) conventionnés RESAMI - Organismes de premier recours (OPR): polycliniques, urgences, hôpitaux publics (historiquement conventionnés) 	<ul style="list-style-type: none"> - Compétences médicales - Compétences spécifiques en soins aux migrants - Compétences transculturelles - Intérêt pour le domaine de la migration 	<p>En cabinet privé:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner des soins aux MDA référés par l'USMi, ou venant consulter spontanément - Assurer le suivi médical des MDA souffrant de maladies chroniques - Travailler en étroite collaboration avec les inf. USMi pour garantir la continuité des soins - Vérifier le droit d'accès aux soins (statut asséculoologique) des MDA sur la plateforme RESAMI - Prescrire des examens complémentaires et des traitements médicaux - Maintenir à jour le dossier médico-infirmier - Facturer les prestations (envoi à SRC ou à l'EVAM selon indications de la plateforme RESAMI) (si nécessaire en présence d'un interprète) 	<ul style="list-style-type: none"> - Les MDA nécessitant des soins médicaux réguliers et présentant une vulnérabilité accrue sont suivis de manière conjointe par un MPR conventionné RESAMI et/ou un OPR et l'USMi - Les MDA nécessitant des soins médicaux réguliers et ne présentant pas une vulnérabilité accrue ne sont en principe plus suivis par l'USMi au-delà de la phase de santé communautaire. Ils poursuivent par contre leur prise en charge auprès d'un MPR conventionné RESAMI quel que soit leur degré de vulnérabilité (Les patients ne sont que très rarement référés à des MPR non conventionnés) 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la coordination des soins entre partenaires du RESAMI tout en limitant la charge administrative (suppression des bons de délégation) - Diminution des risques de retard de prise en charge des MDA - Optimisation de l'utilisation des ressources disponibles - Satisfaction des MPR et des autres partenaires du RESAMI 	(Voir impacts en fin de tableau)
	<ul style="list-style-type: none"> - Médecins spécialistes et MPR non conventionnés RESAMI - Autres professionnels de la santé hors RESAMI (p.ex. pharmaciens,...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Compétences médicales - Compétences médicales spécialisées - Autres compétences en matière de santé 	<p>A l'hôpital ou en cabinet privé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner des soins aux MDA (référés par l'USMi, un MPR conventionné RESAMI ou non) - Travailler en collaboration avec les autres professionnels de la santé impliqués pour garantir la continuité des soins - Vérifier le droit d'accès aux soins (statut asséculoologique) des MDA sur la plateforme RESAMI - Prescrire des examens complémentaires et des traitements médicaux - Maintenir à jour le dossier médical - Facturer les prestations (envoi à SRC ou à l'EVAM selon indications de la plateforme RESAMI) (si nécessaire en présence d'un interprète) 	<ul style="list-style-type: none"> - Les MDA nécessitant des soins médicaux réguliers et ne présentant pas une vulnérabilité accrue peuvent être suivis par un MPR non conventionné (situation rare, par ex. en cas de manque de disponibilité de MPR conventionnés) - Les MDA nécessitant des soins spécialisés sont suivis par les professionnels disposant de l'expertise requise 		

	Acteurs	Inputs	Activités	Outputs	Outcomes	Impacts
Interprétariat	- Interprètes	- Compétences en langues - Compétences transculturelles	- Offrir des services d'interprétariat dans le cadre de prestations de l'USMi (p.ex. évaluations de santé, consultations USMi) - Accompagner les patients lors de consultations à l'extérieur (p.ex. chez MPR ou chez spécialistes) - Facturer les prestations d'interprétariat	- Les MDA peuvent bénéficier des services d'interprètes dans le cadre de consultations, s'ils le souhaitent	- Meilleure compréhension entre professionnels de santé et MDA - Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux MDA - Diminution des soins inappropriés liés aux problèmes de compréhension	(Voir Impacts en fin de tableau)
Saisie, facturation et remboursement des prestations	- Personnel administratif USMi	- Compétences administratives spécifiques (procédures de saisie des prestations, de facturation, et de monitoring)	- Transmettre via le CHUV les factures qui relèvent de l'AOS (essentiellement les vaccins) à SRC ou à l'assureur selon les indications enregistrées dans AXYA - Transmettre les fichiers de saisie des prestations de l'USMi au contrôle de gestion PMU qui utilise ces informations pour étayer les demandes de subsides (prestations non AOS) - Produire périodiquement des rapports d'activités	- Rapports d'activité RESAMI détaillés - Les besoins de subsides sont documentés	- Les MDA n'ont pas à se préoccuper des démarches nécessaires au remboursement de leurs soins - Diminution du risque de renoncement aux soins pour des raisons financières - Les prestataires de soins sont remboursés en tiers payant - Amélioration continue du fonctionnement du RESAMI à travers le suivi des indicateurs utiles au pilotage	
	- Personnel administratif EVAM		- Gérer l'administration du mandat de courtage SRC - Gérer l'administration des contrats AOS (pour environ 10% des MDA dont les contrats ne sont pas gérés par SRC) - Transmettre les factures qui relèvent de l'AOS aux assureurs - Payer les factures aux différents fournisseurs - Récolter et transmettre les factures médicales à SRC lorsqu'elles ont été envoyées par erreur aux MDA sous mandat SRC	- Les frais médicaux relevant de l'AOS sont remboursés via une procédure efficace et centralisée		
	- Courtier SRC		- Gérer l'administration des contrats AOS - Transmettre les factures qui relèvent de l'AOS aux assureurs - Payer les factures aux différents fournisseurs + contrôle et paiement des frais d'interprétariat sur délégation EVAM			
	- Assureurs AOS		- Rembourser les soins médicaux qui relèvent de l'AOS			

	Acteurs	Inputs	Activités	Outputs	Outcomes	Impacts
Adhésion des patients	<ul style="list-style-type: none"> - Requérrants d'asile - Personnes en situation irrégulière, au bénéfice de l'aide d'urgence 	Ressources des MDA: <ul style="list-style-type: none"> - Health literacy - Résilience / coping - Adhésion à l'offre de soin RESAMI - Mobilité 	<ul style="list-style-type: none"> - Accepter une évaluation de santé - Accepter (ou non) la mise à jour des vaccins - Assister aux séances d'information sur le système de santé - Assister aux modules de prévention et de promotion de la santé - Recourir préférentiellement à l'USMi et au réseau RESAMI en cas de besoin de soins - Se déplacer pour demander / recevoir des soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Participation des MDA aux démarches visant à préserver / améliorer leur état de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de la confiance en soi et dans le système de santé - Meilleure acceptation de sa situation grâce à une prise en charge non stigmatisante - Empowerment et accroissement de la Health literacy - Satisfaction accrue - Diminution du recours inapproprié aux soins, notamment aux services d'urgence et aux spécialistes 	(Voir Impacts en fin de tableau)
Impacts						
Finalités communes	<ul style="list-style-type: none"> - Equité d'accès à l'information - Equité d'accès aux soins - Couverture universelle par l'AOS - Amélioration / préservation de la santé des MDA - Réduction des inégalités en matière de santé entre MDA et population générale - Amélioration / préservation de la qualité de vie et amélioration de l'intégration des MDA - Diminution de l'impact de la vulnérabilité sur la santé des MDA - Diminution des coûts globaux de prise en charge des MDA par rapport à une prise en charge qui aurait lieu en l'absence d'un dispositif de type RESAMI - Optimisation des soins aux MDA en termes de coût-efficacité - Prise en charge sanitaire en adéquation avec les recommandations de la santé publique en matière de santé communautaire 					

4.2.1 Principaux constats issus du modèle logique

Le modèle logique met en évidence le grand nombre d'activités et d'acteurs impliqués dans le fonctionnement du RESAMI, ainsi que les défis de coordination entre prestataires de soins (infirmiers, MPR, médecins spécialisés, hôpitaux), entre prestataires administratifs (PMU, EVAM, SRC), et finalement entre le pôle des soins et le pôle administratif. Le RESAMI mobilise un grand nombre d'expertises spécialisées (soins aux requérants d'asile, pratiques avancées dans les soins infirmiers, compétences transculturelles, interprétariat / médiation culturelle, procédures d'asile, assistance aux requérants d'asile, financement des soins) qui visent à optimiser la prise en charge médicale et sanitaire des requérants d'asile.

En ce qui concerne les résultats attendus du RESAMI, le modèle logique confirme la volonté de disposer, avec l'USMi, d'une porte d'entrée privilégiée pour les requérants d'asile dans le système de santé vaudois. En plus de ce rôle de porte d'entrée, l'USMi joue également un rôle central dans le suivi et l'orientation des MDA qui nécessitent des soins infirmiers et/ou médicaux. Il est important de relever que les orientations proposées aux MDA par l'USMi ne revêtent aucun caractère contraignant. A partir du moment où les MDA sont assurés AOS, les soins qu'ils reçoivent dans le cadre de la LAMal sont remboursés (après soustraction de la franchise et de la quote-part) quel que soit le prestataire de soins.

Après la phase de santé communautaire qui permet aux requérants d'asile de se familiariser avec le fonctionnement du système de santé suisse et d'acquérir une autonomie dans la gestion de leur santé, l'USMi continue d'assurer une mission de suivi et d'orientation pour les MDA les plus vulnérables. L'appréciation de la vulnérabilité s'appuie sur le jugement clinique des professionnels de l'USMi, ainsi que sur la demande de poursuite du soutien que formulent certains MDA.

Une partie des outcomes identifiés au travers du modèle logique (par ex. sentiment des patients d'être mieux compris, ou d'avoir un plus grand contrôle sur leur santé) sont de nature qualitative et ne peuvent pas être appréciés au moyen des variables collectées de routine.

Enseignements utiles pour la réalisation de l'étude RESAMI

Un constat important issu de l'élaboration du modèle logique réside dans le fait qu'il n'y a pas d'acte administratif spécifique permettant d'identifier l'adhésion au RESAMI par les MDA. Si l'entrée dans le RESAMI est relativement facile à déterminer (premier contact entre un MDA et un prestataire du RESAMI, en principe un professionnel de l'USMi), la transition entre phase de santé communautaire et suite de la prise en charge est plus difficile à établir (la date du dernier vaccin constitue un marqueur potentiel de cette transition). La description des parcours de soins des MDA nécessitera d'établir un certain nombre de règles afin de déterminer pour chaque acte de soins s'il est réalisé au sein du RESAMI ou non, puis s'il est réalisé dans le cadre de la phase de santé communautaire ou non. Au vu de l'absence de marqueurs univoques, un risque d'erreur de classification sera présent. Son ampleur pourra être appréciée de manière plus précise lorsque nous aurons accès aux données.

De la même manière, il n'y a pas d'acte administratif spécifique qui permettrait d'identifier les MDA les plus vulnérables. Le meilleur marqueur de la prise en charge des personnes les plus vulnérables

serait la poursuite d'une prise en charge régulière par l'USMi (conjointement ou non avec un MPR conventionné RESAMI) au-delà de la phase de santé communautaire. Là également, nous devons nous baser sur des indicateurs indirects avec un risque d'erreur de classification.

L'étude prévue a pour vocation principale de décrire les parcours de soins et d'identifier d'éventuelles associations entre parcours de soins et caractéristiques des usagers. Elle ne permettra pas d'évaluer de manière exhaustive l'atteinte des résultats que le RESAMI s'est fixés.

4.3 Type de données disponibles

Les catégories de données suivantes ont été identifiées durant la phase préparatoire de l'étude :

- **Données sociodémographiques** (à l'exception des noms, prénoms, dates de naissance, adresse de résidence, ou toute autre information permettant une identification) issues de la base de données administrative de l'EVAM (« ASYLUM ») ;
- **Données de facturation des frais médicaux** des MDA issues de la base de données de Swiss Risk & Care (SRC), courtier en assurances maladies en charge de gérer les contrats d'assurance maladie des MDA ; ces données comprennent les données de facturation des médicaments qui sont transmises à SRC par l'OFAC et l'IFAK (coopérative/association de pharmaciens) ; les données relatives à l'identité des MDA seront supprimées avant envoi de la base de données à l'équipe de recherche ;
- **Données administratives** permettant d'identifier si une prestation est réalisée dans le cadre du RESAMI ou non, issues de la plateforme sécurisée RESAMI (les prestataires RESAMI et les autres prestataires qui souhaitent s'assurer du remboursement de leurs prestations doivent cocher une case spécifique sur la plateforme lorsqu'ils délivrent une prestation à un MDA) ; les données relatives à l'identité des MDA seront supprimées avant envoi de la base de données à l'équipe de recherche ;
- **Données relatives aux prestations infirmières** réalisées par l'USMi, issues d'une base de données de saisie des prestations infirmières ; les données relatives à l'identité des MDA seront supprimées avant envoi de la base de données à l'équipe de recherche.

Le Tableau 2 ci-dessous donne un aperçu détaillé des informations disponibles selon la source.

Tableau 2 Informations disponibles selon la source

Source EVAM	Source SRC	Source USMI	Source RESAMI	Source CHUV (données agrégées uniquement)
N° EVAM (ne permet pas d'identifier la personne)	N° EVAM (ne permet pas d'identifier la personne)	N° EVAM (ne permet pas d'identifier la personne)	N° EVAM (ne permet pas d'identifier la personne)	Distribution des durées de séjours hospitaliers des MDA durant une année donnée
Âge (sans date de naissance)	Coûts facturés par prestataire et type de prestation	Lieu consultation USMI	Date du premier contact avec le RESAMI	Distribution des montants facturés (hospitalier + ambulatoire) pour les MDA durant une année donnée
Sexe	Coûts des médicaments facturés	RDV USMI manqué	Date du dernier contact avec le RESAMI	
Etat civil	Noms ou types de médicaments facturés	Type de RDV USMI (avec ou sans RDV, RDV tél,...)	Nombre de prestataires par patient	
Situation familiale	Coûts des traitements stationnaires aigus	Type de prestation USMI (évaluation santé, vaccination, consultation 1ère ligne, ...)	Professions des prestataires	
Région d'origine	Durées des séjours hospitaliers	Durée de la prestation USMI	Historique des prises en charges (et des RDV manqués) par patient ou par prestataire pendant une période donnée	
Parle le français (oui/non)	Nombres de séjours hospitaliers	Partenaires contactés par USMI	Liste des MPR conventionnés RESAMI	
Parle l'allemand ou l'italien ou l'anglais (oui/non)	Nombres et types de consultations ambulatoires (Médecins en cabinet vs ambulatoire des hôpitaux et MPR vs médecins spécialistes)	Supervision USMI par somaticien ou psychiatre	Suivi au sein du RESAMI (oui/non) sur la base de l'historique de prise en charge	
Mois et année de départ du pays d'origine	Nombre et coûts d'exams (laboratoire, radiologie, ...) / de soins complémentaires (physiothérapie,...)	Prestataire ou service vers lequel le patient a été référé par USMI	Affiliation SRC (oui/non)	
Mois et année d'arrivée en CH	Nombres de visites pour soins à domicile	Prestations USMI à facturer		
Mois et année d'arrivée VD	Coûts des soins à domicile facturés	Type d'interprétariat durant le RDV		
Statut légal	Coûts des prises en charge en EMS facturés	Dates des prestations USMI		
Région de résidence (une des 4 zones sanitaires du canton)	Coûts des soins dentaires facturés (à la charge de la LAMal) Dates des épisodes de soins			
Type d'hébergement				

Source EVAM	Source SRC	Source USMI	Source RESAMI	Source CHUV (données agrégées uniquement)
Certificat de vulnérabilité F597 (binaire: oui ou non)				
Degré d'assistance financière ou en nature nécessaire ("assisté"; "partiellement assisté"; "autonome")				
Suivi des mesures d'intégration				
Mois et année de sortie de l'EVAM				
Circonstances de sortie de l'EVAM				

4.4 Réponse de la Commission d'éthique du canton de Vaud

La requête et le protocole d'étude ont été soumis le 11 avril 2018 à la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain du canton de Vaud (CER-VD). Dans sa réponse du 2 mai 2018, celle-ci n'a pas accordé l'autorisation en l'état, demandant des compléments d'information.

Une version révisée de la requête, ainsi que des réponses point par point aux questions soulevées a été adressée à la CER-VD qui a donné son autorisation suite à ces compléments.

5

Protocole pour la réalisation de l'étude

5 Protocole pour la réalisation de l'étude

5.1 Méthodes

5.1.1 Description de l'échantillon et période couverte par les données

Les critères d'éligibilité et la période couverte par les données qui sont décrits ci-après ont été choisis afin de couvrir une durée potentielle de soins suffisante (entre deux ans et demi et plus de six ans) tout en minimisant l'hétérogénéité dans la teneur et la qualité des données récoltées.

Critères d'inclusion de la population étudiée

La population étudiée sera composée de l'ensemble des personnes qui remplissent les deux critères suivants :

- Majeures au moment de leur arrivée dans le canton de Vaud ;
- Qui ont été enregistrés à l'EVAM entre le 1er janvier 2012 et le 31 décembre 2015.

Critères d'exclusion de la population étudiée

Toutes les personnes qui ont bénéficié ou qui bénéficie de l'EVAM, mais qui ne remplissent pas les critères d'inclusion mentionnés ci-dessus seront exclues de l'échantillon d'analyse.

Période couverte par les données

Les données couvriront toute la durée de suivi médical des personnes incluses dans la population d'étude, depuis l'enregistrement auprès de l'EVAM jusqu'à la date de sortie de l'EVAM ou jusqu'à la date où l'extraction des données sera réalisée pour les MDA encore enregistrés auprès de l'EVAM à ce moment-là.

5.1.2 Obtention et stockage des données

Après obtention de l'approbation du protocole de l'étude par la CER-VD, nous établirons des contrats pour la transmission de données codées et dé-identifiées avec la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU), l'Etablissement Vaudois d'accueil des migrants (EVAM), Swiss Risk and Care (SRC), et le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Les données nous seront transmises et seront stockées sur un serveur sécurisé du CHUV. La Direction du projet de recherche aura au préalable vérifié que les données auront bien été dé-identifiées - sur la base des instructions fournies - par les administrateurs des bases de données avant leur transmission. L'accès aux fichiers de données sera protégé et restreint aux seules personnes autorisées à accéder aux données.

Les données décrites dans la section 4.3 et détaillées dans le Tableau 2 seront utilisées pour créer un fichier unique, par appariement des données. L'EVAM attribue à chaque nouveau MDA un numéro administratif (numérotation consécutive) qui n'est pas composé d'éléments chiffrés ou alphabétiques qui pourraient être rattachés à l'identité des MDA. C'est ce numéro qui sera utilisé pour appairer les bases de données. Le numéro EVAM sera supprimé une fois que les données auront été appariées avec succès.

5.1.3 Indicateurs liés aux trajectoires de soins et à la vulnérabilité

Un des défis de cette étude consistera à différencier les actes de soins effectués au sein du RESAMI des actes de soins effectués au sein du système de santé ordinaire. Pour faire cette distinction, nous devons construire et vérifier la validité d'un ou de plusieurs indicateur(s) à partir des données de la plateforme en ligne RESAMI, complétée si nécessaire par la base de données des prestations réalisées par l'USMi.

Une deuxième difficulté consistera à identifier au-delà de quel acte de soins ou de quel délai les MDA sortent de la phase de santé communautaire. Nous testerons, entre autres, si la dernière vaccination peut être utilisée comme marqueur de cette transition.

Enfin, un troisième défi consistera à identifier a priori les MDA les plus vulnérables du point de vue de leur santé, sur la base d'un nombre limité d'informations disponibles. Le recours à des marqueurs indirects du risque de vulnérabilité (par ex. niveau de formation, compréhension d'une langue nationale ou de l'anglais, etc.) sera privilégié.

5.1.4 Méthodes statistiques

Certaines méthodes d'analyse décrites ci-dessous pourront subir des ajustements selon la nature et la qualité des données, et selon les résultats exploratoires.

Mise en forme des données

La première étape consistera à évaluer : 1) la qualité des données disponibles dans chaque base de données (fréquence de données manquantes, valeurs aberrantes, problèmes de codage, etc.) ; et 2) la qualité de l'appariement des bases de données (proportion d'individus communs aux quatre bases de données, proportion d'individus apparaissant dans une seule base de données, etc.).

Les variables seront utilisées soit sous leur forme originale, soit après une transformation ou un recodage. Une imputation multiple des données manquantes pourra être utilisée si besoin pour les différentes analyses.

Analyses de données prévues

Les analyses univariées et multivariées prévues sont décrites dans les grandes lignes ci-dessous. L'évaluation de la qualité des données à disposition permettra de préciser les approches méthodologiques utilisées.

Analyses descriptives univariées

Production de statistiques descriptives de la population (caractéristiques individuelles, sociodémographiques, vulnérabilité, modes de prise en charge, consommation de soins, coûts) et de sous-groupes pertinents (par ex : RESAMI/hors-RESAMI, avant/après phase de santé communautaire). Des tests statistiques de comparaison de populations et d'indépendance seront utilisés afin de déterminer les particularités des sous-groupes étudiés.

Description de l'évolution de la consommation de soins et des coûts dans le temps (depuis l'entrée à l'EVAM, par ex.), description des caractéristiques des MDA dont les coûts sont les plus élevés (par ex. dernier quartile de coûts).

Analyses multivariées

Analyse de régression multivariée visant à comparer les trajectoires des soins (par ex : visites aux urgences, consultations chez des spécialistes, fréquence des consultations, etc.) et les coûts des patients suivis par le RESAMI par rapport aux trajectoires et coûts de ceux suivis hors RESAMI. Si cela s'avère réalisable, les analyses tiendront compte des pathologies éventuelles des individus obtenues grâce à l'analyse de leur consommation de médicaments⁵⁹. Les modèles permettront de tester l'hypothèse d'un recours aux soins plus important après la phase de santé communautaire des MDA qui continuent à interagir avec l'USMi. Les facteurs explicatifs de la durée de prise en charge par le RESAMI pourront également être analysés (analyse de survie).

Si la qualité des données le permet, des modèles de clustering transversaux ou longitudinaux pourront être utilisés afin d'identifier des sous-groupes de MDA avec des caractéristiques similaires.

Outils pour effectuer les analyses

Les analyses statistiques seront effectuées principalement en utilisant le logiciel STATA. Pour certaines analyses le logiciel R pourra aussi être utilisé.

5.2 Calendrier

Tableau 3 Calendrier de l'étude

Phases	Mai 2018	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier 2019	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	
Phase préparatoire																	
Validation du rapport de la phase préparatoire par le GP																	
Obtention des données																	
Soumission dossier révisé auprès de la CER-VD																	
Obtention de la réponse de la CER-VD																	
Préparation des contrats pour la remise des données																	
Obtention des données																	
Préparation et analyse des données médicales, sociodémographiques et de consommation de soins																	
Contrôle qualité et nettoyage des bases de données																	
Recodage et création de nouvelles variables, analyses exploratoires																	
Appariement des bases de données																	
Analyses statistiques																	
Rédaction du rapport V1																	
Présentation des principaux résultats au GP																	
Transmission des commentaires du GP (2 rounds), révision du rapport, éventuelles analyses complémentaires et transmission du rapport final																	

5.3 Livrables

Les livrables suivants seront transmis au mandataire :

- Un **rapport final**, dont une première version sera transmise pour corrections et amendements au groupe de pilotage. Les protocoles d'analyses figureront en annexe de ce rapport.
- Une **présentation orale** des résultats au groupe d'accompagnement soutenue par un document PowerPoint.

6

Références

6 Références

- 1 Escuela Andaluza de Salud Pública. Resource package for ensuring access to health care of refugees, asylum seekers and other migrants in the European Union (EU) countries. 2016. (European Union's Health Programme Available from: http://www.sh-capac.org/pluginfile.php/2274/mod_resource/content/1/SH-CAPAC_ResourcePackage.pdf)
- 2 Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Copenhagen, 2015. Report No.: 9789289051101. (Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Refugees and Asylum Seekers in the European Region Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27536765>)
- 3 Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. PLOS medicine. 2011;8(5):e1001034.
- 4 Norredam M, Mygind A, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the European Union—a comparative study of country policies. The European Journal of Public Health. 2005;16(3):285-9.
- 5 Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. The Lancet. 2013;381(9873):1235-45.
- 6 van den Akker T, van Roosmalen J. Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2016;32:26-38.
- 7 Taylor K. Asylum seekers, refugees, and the politics of access to health care: a UK perspective. Br J Gen Pract. 2009;59(567):765-72.
- 8 Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain: Health needs of asylum seekers and refugees. BMJ: British Medical Journal. 2001;322(7285):544.
- 9 Redman E, Reay H, Jones L, Roberts R. Self-reported health problems of asylum seekers and their understanding of the national health service: a pilot study. Public health. 2011;125(3):142-4. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350610003239?via%3Dihub>
- 10 Mater UQ Centre for Primary Health Care Innovation. Refugees and Primary Health (RaPH) Project. 2011 Available from: <https://www.materonline.org.au/services/refugee-services/pdfs/refugees-and-primary-health-project-final-report-2>
- 11 Bischoff A, Schneider M, Denhaerynck K, Battegay E. Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study. The European Journal of Public Health. 2009;19(1):59-64. Available from: https://watermark.silverchair.com/ckn113.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9khhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAbYwggGyBgkqhkiG9w0BBwagggGjMIIBnwIBADCCAZgGCSqGSIb3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMxYUvcIDscB3S0LvAgEQgIIBadMIUx0Ef6ISOnoVPrbDW3Zg45cXWpSOQuYvW2_cbRidIPBz19gIH6K-

- [XvybYoe8f2EvnjZw43oLj5j3y1Wx1zxwh3vYUplG5JxwqtJV1qpojTcqjumaVyDrtzRXydSfkgssn7nSWHCyr5faczNjPhrcgEpow5rVHItTrivevwtF23fwyoUWr5LUky47n0OfA1fX4zC5uI807EHe1HuLr-BnbzA8oYFvRTAsdMwIWbK_2PkFgU-fBv9zPvMseUtZ5cZ5-tmbfESyBP_313OaEiwzA-bWHR1FJcWRqo3KQS1nOzEkaXFWbBVfwor7QV1fNo4wzI9JUelPEezA8Ty0QY78-qE2ekGAvMDm2eXU-BtSQbM92gIBc0MZU2s2rYwnNI4QsmEuZO0s2MURZrg_S_YAZgARBxtKNOVfJCNgMAMRYnhBkQktsrXEB2goBWqW9PdNF3nbDuCcZ1OvL0kFJkczHllvCyww](http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0148196)
- 12 Pfortmueller CA, Schwetlick M, Mueller T, Lehmann B, Exadaktylos AK. Adult asylum seekers from the middle east including Syria in central Europe: what are their health care problems? *PloS one*. 2016;11(2):e0148196.
 - 13 Pfortmueller CA, Graf F, Tabarra M, Lindner G, Zimmermann H, Exadaktylos AK. Acute health problems in African refugees. *Wiener klinische Wochenschrift*. 2012;124(17-18):647-52.
 - 14 Pfortmueller CA, Stotz M, Lindner G, Müller T, Rodondi N, Exadaktylos AK. Multimorbidity in adult asylum seekers: a first overview. *PLoS One*. 2013;8(12):e82671.
 - 15 Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine*. 2009;68(3):452-61. Available from:
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med6&AN=19042065>
http://renouvaud.hosted.exlibrisgroup.com/openurl/41BCULIB/41BCULIB_VU1?sid=OVID:medline&id=pmid:19042065&id=doi:10.1016%2Fj.socscimed.2008.10.018&issn=0277-9536&isbn=&volume=68&issue=3&spage=452&pages=452-61&date=2009&title=Social+Science+%26+Medicine&atitle=Pregnancy+outcome+of+migrant+women+and+integration+policy%3A+a+systematic+review+of+the+international+literature.&aulast=Bollini
 - 16 Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J, Collaboration R. Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. *Social science & medicine*. 2009;69(6):934-46.
 - 17 Kurth E, Jaeger FN, Zemp E, Tschudin S, Bischoff A. Reproductive health care for asylum-seeking women-a challenge for health professionals. *BMC public health*. 2010;10(1):659.
 - 18 Wolff H, Epiney M, Lourenco AP, Costanza MC, Delieutraz-Marchand J, Andreoli N, et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC public health*. 2008;8(1):93.
 - 19 Bisson JI. Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 2007;334(7597):789-93. Available from:
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med5&AN=17431265>
http://renouvaud.hosted.exlibrisgroup.com/openurl/41BCULIB/41BCULIB_VU1?sid=OVID:medline&id=pmid:17431265&id=doi:&issn=0959-535X&isbn=&volume=334&issue=7597&spage=789&pages=789-93&date=2007&title=BMJ&atitle=Post-traumatic+stress+disorder.&aulast=Bisson
 - 20 Maier T, Schmidt M, Mueller J. Mental health and healthcare utilization in adult asylum seekers. *Swiss Medical Weekly*. 2010;140:w13110. Available from:

- <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med6&AN=21104473>
- http://renouvaud.hosted.exlibrisgroup.com/openurl/41BCULIB/41BCULIB_VU1?sid=OVID:medline&id=pmid:21104473&id=doi:10.4414%2Fsmw.2010.13110&issn=0036-7672&isbn=&volume=140&issue=&spage=w13110&pages=w13110&date=2010&title=Swiss+Medical+Weekly&atitle=Mental+health+and+healthcare+utilization+in+adult+asylum+seekers.&aulast=Maier
- 21 Joshi C, Russell G, Cheng IH, Kay M, Pottie K, Alston M, et al. A narrative synthesis of the impact of primary health care delivery models for refugees in resettlement countries on access, quality and coordination. *Int J Equity Health*. 2013 Nov 7;12:88. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24199588>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3835619/pdf/1475-9276-12-88.pdf>
 - 22 Montgomery E. Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011;124(s440):1-46.
 - 23 Blaser J, Ambresin AE, Monnat M, Faucher F, Sanchis J, Rojas-Urrego A, et al. Assessing the plight of young unaccompanied refugees. *Swiss Medical Weekly*. 2017;147:w14547. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med1&AN=29185239>
http://renouvaud.hosted.exlibrisgroup.com/openurl/41BCULIB/41BCULIB_VU1?sid=OVID:medline&id=pmid:29185239&id=doi:10.4414%2Fsmw.2017.14547&issn=0036-7672&isbn=&volume=147&issue=4748&spage=w14547&pages=w14547&date=2017&title=Swiss+Medical+Weekly&atitle=Assessing+the+plight+of+young+unaccompanied+refugees.&aulast=Blaser
 - 24 Lay B, Lauber C, Nordt C, Rossler W. Patterns of inpatient care for immigrants in Switzerland: a case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 Mar;41(3):199-207. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16424971>
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00127-005-0014-2.pdf>
 - 25 Gushulak BD, MacPherson DW. Health aspects of the pre-departure phase of migration. *PLoS medicine*. 2011;8(5):e1001035. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3101199/pdf/pmed.1001035.pdf>
 - 26 O'Donnell CA, Burns N, Mair FS, Dowrick C, Clissmann C, van den Muijsenbergh M, et al. Reducing the health care burden for marginalised migrants: the potential role for primary care in Europe. *Health Policy*. 2016;120(5):495-508.
 - 27 Bodenmann P, Baggio S, Iglesias K, Althaus F, Velonaki VS, Stucki S, et al. Characterizing the vulnerability of frequent emergency department users by applying a conceptual framework: a controlled, cross-sectional study. *Int J Equity Health*. 2015 Dec 9;14:146. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26645272>
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4673736/pdf/12939_2015_Article_277.pdf
 - 28 Bodenmann P, Jackson Y, Wolff H. *Vulnérabilités, équité et santé*. Chêne-Bourg: RMS éditions / Médecine et Hygiène; 2018.
 - 29 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 Pathol Exot*. 1997;90(4):233-7.

- 30 Breuss E, Helbling P, Altpeter E, Zellweger J-P. Screening and treatment for latent tuberculosis infection among asylum seekers entering Switzerland. *Swiss medical weekly*. 2002;132(15-16):197-200.
- 31 Dasgupta K, Menzies D. Cost-effectiveness of tuberculosis control strategies among immigrants and refugees. *European respiratory journal*. 2005;25(6):1107-16.
- 32 Jaboyedoff M, Genton B, Masserey E, Bodenmann P, Rimaz R, de Vallière S. Hépatite B et migrants: doit-on mieux faire? *Rev Med Suisse*. 2014;10:617-21.
- 33 Jaboyedoff M, Genton B, Masserey E, Bodenmann P, Rimaz R, de Vallière S. Hépatite B chez les patients migrants. . In: Bodenmann P, Jackson Y, Wolff H, editors. *Vulnérabilités, équité et santé*. Chêne-Bourg: RMS éditions / Médecine et Hygiène; 2018. p. 283-91.
- 34 Notter J, Labhardt N, Hatz C, Wallnofer A, Vollgraft M, Ritz N, et al., editors. *Infections chez les réfugiés adultes*. *Swiss Medical Forum*; 2016.
- 35 Gerritsen AA, Bramsen I, Deville W, van Willigen LH, Hovens JE, van der Ploeg HM. Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands. *The European Journal of Public Health*. 2006;16(4):394-9. Available from: https://watermark.silverchair.com/ckl046.pdf?token=AQECAHI208BE49Ooan9kKhW_Ercy7Dm3Z_L_9Cf3qfKAc485ysgAAAdlwggHOBgkqhkiG9w0BBwagggG_MIIlBuwIBADCCAbQGCSqGSIb3DQEHA_TAEgIghkgBZQMEAS4wEQQMFEZIOP2HO3qORAIuAgEQgIIbheI3KK4p6S0Ypb7RexUhfP6XhWE8fy9DOV9jX-b27_EdhjHtvfDPZ3ReGVorURLGnB9ry4IRWy4kLwV0Mi8RlxXF7ISiALst3VSjn1UgtnAuL2UIABTpvV-PI3ydMn60abOv4WCK-H9kMmMbXLpRUCLUNU13hRS4VY2Bd9nx5QmczAMGCq26v-HPBqud-CFSVhjzWMsV5p7csGnmIYLv_Y4Fo1Z5tAN-RgDYcNGKzSLERH5D35TNjDH-MN6G2m6tMPvpTF2X_8ejl1P6eDsuSNLwbTcFpk7cEuuMsg7rgY6sdl-dFn-WFVU7Vvst8OX9j07hh67q32_-Ou6YavlASFvmSrXGy7GqdyVywrQB8SLG-FGhv49DVRq8ntDxS5jdwsFggpyb0mg1BhX9A7bTI_3ozvzqWF8qWCd0SALI4a6h1qt7Fmg8K5ct4xl67YxiQe5VVH3HyQkxngmzFg0twjNThaMbesJRok6MdvqgyaO2URzepam4ol1VrAqjrYEXqVIH10fz
- 36 Brendler-Lindqvist M, Norredam M, Hjern A. Duration of residence and psychotropic drug use in recently settled refugees in Sweden-a register-based study. *International journal for equity in health*. 2014;13(1):122.
- 37 Toar M, O'Brien KK, Fahey T. Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: an observational study. *BMC public health*. 2009;9(1):214.
- 38 Cheng I-H, Drillich A, Schattner P. Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: a literature review. *Br J Gen Pract*. 2015;65(632):e171-e6.
- 39 Asgary R, Segar N. Barriers to health care access among refugee asylum seekers. *J Health Care Poor Underserved*. 2011 May;22(2):506-22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21551930>
<https://muse.jhu.edu/article/430668/pdf>
- 40 Robertshaw L, Dhesi S, Jones LL. Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: a systematic

- review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ Open*. 2017 Aug 4;7(8):e015981. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28780549>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5629684/pdf/bmjopen-2017-015981.pdf>
- 41 Fang ML, Sixsmith J, Lawthom R, Mountian I, Shahrin A. Experiencing 'pathologized presence and normalized absence'; understanding health related experiences and access to health care among Iraqi and Somali asylum seekers, refugees and persons without legal status. *BMC public health*. 2015;15(1):923.
 - 42 Hadgkiss EJ, Renzaho AM. The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community: a systematic review of the literature. *Australian Health Review*. 2014;38(2):142-59. Available from: <http://www.publish.csiro.au/ah/pdf/AH13113>
 - 43 McKeary M, Newbold B. Barriers to care: The challenges for Canadian refugees and their health care providers. *Journal of Refugee Studies*. 2010;23(4):523-45.
 - 44 Sanchis Zozaya J, Tzartzas K, Dominicé Dao M, Bodenmann P, Marion-Veyron R. L'apport de la psychiatrie transculturelle aux soins de premier recours - Une approche pragmatique pour des rencontres complexes. *Swiss Medical Forum*. 2018;18(15):325-31.
 - 45 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.[Erratum appears in *Soc Sci Med*. 2004 May;58(9):1807]. *Social Science & Medicine*. 2003;57(3):503-12. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med4&AN=12791492>
http://renouvaud.hosted.exlibrisgroup.com/openurl/41BCULIB/41BCULIB_VU1?sid=OVID:medline&id=pmid:12791492&id=doi:&issn=0277-9536&isbn=&volume=57&issue=3&spage=503&pages=503-12&date=2003&title=Social+Science+%26+Medicine&atitle=Language+barriers+between+nurses+and+asylum+seekers%3A+their+impact+on+symptom+reporting+and+referral.&aulast=Bischoff
 - 46 Cheng I-H, Vasi S, Wahidi S, Russell G. Rites of passage: improving refugee access to general practice services. *Australian family physician*. 2015;44(7):503.
 - 47 O'Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. Asylum seekers' expectations of and trust in general practice: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2008;58(557):e1-e11.
 - 48 Shaw SJ, Huebner C, Armin J, Orzech K, Vivian J. The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2009;11(6):460-7.
 - 49 Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A. Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe—a systematic review. *European Journal of Public Health*. 2009;20(5):555-63.
 - 50 Rosano A, Dauvrin M, Buttigieg SC, Ronda E, Tafforeau J, Dias S. Migrant's access to preventive health services in five EU countries. *BMC health services research*. 2017;17(1):588.
 - 51 Bellamy K, Ostini R, Martini N, Kairuz T. Access to medication and pharmacy services for resettled refugees: a systematic review. *Australian journal of primary health*. 2015;21(3):273-8. Available from: <http://www.publish.csiro.au/PY/PY14121>

- 52 Office fédéral de la santé publique. Soins médicaux pour les requérants d'asile dans les centres de la Confédération et les centres d'hébergement collectif cantonaux. Concept visant à garantir la détection, le traitement et la prévention des maladies transmissibles ainsi que l'accès aux soins de santé requis. 2017.
- 53 Reich O, Weins C, Schusterschitz C, Thöni M. Exploring the disparities of regional health care expenditures in Switzerland: some empirical evidence. *The European Journal of Health Economics*. 2012;13(2):193-202.
- 54 Bischoff A, Denhaerynck K, Schneider M, Battegay E, Sendi P. Do asylum seekers consume more health care resources? Some evidence from Switzerland. *The Open Pharmacoconomics & Health Economics Journal*. 2009;1:3-8.
- 55 Bodenmann P, Althaus F, Burnand B, Vaucher P, Pecoud A, Genton B. Medical care of asylum seekers: a descriptive study of the appropriateness of nurse practitioners' care compared to traditional physician-based care in a gatekeeping system. *BMC Public Health*. 2007 Oct 31;7:310. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17974001>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2194697/pdf/1471-2458-7-310.pdf>
- 56 Rossi I, Droz-Mendelzweig M, Pasche G, Fontaine M. Professionnels infirmiers et usagers requérants d'asile dans un réseau de santé. Approche socio-anthropologique des politiques de santé. Haute Ecole de la Santé La Source & Policlinique médicale universitaire, 2004
- 57 Tan TM, Spiegel P, Haskew C, Greenough PG. Does spending on refugees make a difference? A cross-sectional study of the association between refugee program spending and health outcomes in 70 sites in 17 countries. *Conflict and Health*. 2016;10(1):28.
- 58 Bozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. *PLoS One*. 2015;10(7):e0131483. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26201017>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4511805/pdf/pone.0131483.pdf>
- 59 Huber CA, Szucs TD, Rapold R, Reich O. Identifying patients with chronic conditions using pharmacy data in Switzerland: an updated mapping approach to the classification of medications. *BMC Public Health*. 2013;13:1030. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med7&AN=24172142>
http://renouvaud.hosted.exlibrisgroup.com/openurl/41BCULIB/41BCULIB_VU1?sid=OVID:medline&id=pmid:24172142&id=doi:10.1186%2F1471-2458-13-1030&issn=1471-2458&isbn=&volume=13&issue=1&spage=1030&pages=1030&date=2013&title=BMC+Public+Health&atitle=Identifying+patients+with+chronic+conditions+using+pharmacy+data+in+Switzerland%3A+an+updated+mapping+approach+to+the+classification+of+medications.&aulast=Huber

