

Mémoire de Maîtrise en médecine No 7619

Comparaison de l'utilisation des urgences du CHUV entre les usagers fréquents des urgences requérants d'asile et non requérants d'asile

Asylum seeker and non asylum seeker frequent users of ED – how does their use of the ED differ at the CHUV?

Etudiant

Carmen Cariello

Tuteur et co-tutrice

Prof. Patrick Bodenmann et Miriam Kasztura
Unisanté

Expert

Prof. Jean-Bernard Daeppen

Lausanne, le 03 décembre 2020

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	3
Introduction.....	4
Méthodologie.....	7
Résultats.....	11
Discussion.....	15
Limitations.....	22
Conclusion.....	22
Remerciements.....	22
Bibliographie.....	23
Annexe 1.....	25
Annexe 2.....	26
Annexe 3.....	27

RÉSUMÉ

Contexte : Une des explications du nombre important de consultations aux urgences sont les visites récurrentes des usagers fréquents (UF) des urgences, qui ont été définis comme revenant 5 fois et plus aux urgences sur une période de 12 mois. Plusieurs caractéristiques communes entre les usagers fréquents des urgences et les requérants d'asiles nous ont poussé à nous intéresser à un potentiel lien dans leurs parcours au sein du service des urgences. L'objectif de cette étude est de déterminer quelle est l'utilisation des urgences des usagers fréquents requérants d'asile (UF-RDA), en comparaison aux usagers fréquents des urgences non requérants d'asile (UF-NRDA), en s'appuyant de facteurs sociodémographiques et médicaux. Par la suite, nous essaierons d'expliquer l'origine et les conséquences des différences d'utilisation des urgences constatées entre les UF-RDA et les UF-NRDA.

Méthodologie : Nous avons effectué une étude comparative de la totalité des usagers fréquents des urgences du 1^{er} août 2016 au 31 juillet 2019. Des statistiques descriptives ont été faites pour les facteurs socio-démographiques en utilisant le test de Wilcoxon-Mann-Whitney et le test du χ^2 . Concernant l'analyse des visites, qui sont des facteurs nichés par patients, nous avons utilisé un modèle de régression linéaire ajusté pour l'âge et le sexe.

Résultats : Nous avons étudié un total de 1260 patients majeurs, avec 1167 UF non requérants d'asile et 93 UF requérants d'asile, et 8248 visites durant la période allant du 1^{er} août 2016 au 31 juillet 2019. Ainsi, 7,38% des usagers fréquents des urgences sont des requérants d'asile durant ce temps déterminé. Le nombre de visites par patient entre les deux groupes est semblable, avec une moyenne de 6,57 visites par an pour les UF-RDA et de 6,53 visites pour les UF-NRDA. Concernant les variables qui attestent de la capacité de communication des patients, les UF-RDA parlent une autre langue que le français dans 67,74% des cas et le recours à l'interprétariat a été notifié dans 9,68% des patients UF-RDA. Cependant, le recensement des langues parlées manque dans 38,89% des cas. Concernant les visites, les UF-RDA tendent à venir moins la nuit que les UF-NRDA (OR=0.78), plutôt pour des degrés de triage moins urgents que les UF-NRDA (OR=0.56) et l'orientation des UF-RDA suite à l'admission aux urgences est considérablement faite vers la PMU-Unisanté (policlinique médicale universitaire) en comparaison aux UF-NRDA (OR=2.68). Aucune différence significative n'apparaît entre les UF-RDA et UF-NRDA quant à la provenance des patients aux urgences ou dans leur motif de consultation. Nous avons également constaté que le recensement de la douleur était significativement moins effectué pour les UF-RDA.

Conclusion : Dans cette étude, nous constatons que seulement 7,8% des UF sont des requérants d'asile, mais cela consiste en une surreprésentation comparée au pourcentage de requérants d'asile dans la population vaudoise. Cela peut s'expliquer en partie par l'utilisation des urgences par les requérants d'asile pour des pathologies avec un degré de triage significativement moins urgent que les UF-NRDA. Nous avons émis l'hypothèse que cela est dû en partie à une méconnaissance du système de santé et à une culture des soins différente dans leur pays d'origine. Cela expliquerait également le fait que les patients UF-RDA soient plus souvent redirigés vers la PMU-Unisanté que les non-requérants d'asile au vu de leur pathologie non urgente. De plus, au vu du manque de maîtrise du français, cela peut les mener à une incompréhension de leur maladie, des possibles traitements, et du suivi, ce qui peut entraîner les requérants d'asile à venir plus souvent aux urgences et ainsi à devenir un usager fréquent des urgences.

INTRODUCTION

Contexte

Durant ces dernières années, une augmentation du nombre de visites aux urgences a été constatée. L'étude de Sanchez et al.¹, publiée en 2013, dépeint un état des lieux des urgences grâce à la réponse de 88% de ces services en Suisse. Ils ont estimé que 48% de ces départements étaient surchargés, c'est-à-dire qu'il y avait moins de lits à disposition que de patients admis. Ce chiffre atteint même 84% si l'on prend en compte uniquement les grands centres hospitaliers.

Afin de se faire une idée de la fréquentation des urgences en Suisse, le rapport de l'observatoire suisse de la santé² publié en 2018 montre que 14% de la population résidente en Suisse en 2016 a eu recours au moins une fois à un service d'urgences durant l'année, pour un total de 1.7 million d'admissions. Sur ce constat, et sachant qu'en 2016 la population suisse comptait 8,4 millions de résidents³, nous pouvons rapidement mettre en lumière que certaines personnes viennent à plusieurs reprises aux urgences sur une période d'un an.

En effet, une des explications du nombre important de consultations aux urgences sont les visites récurrentes des usagers fréquents (UF) des urgences, qui, lors des études faites à Lausanne, ont été définis comme revenant 5 fois et plus aux urgences sur une période de 12 mois⁴. Ces patients représentaient en 2012 au service d'urgences de Lausanne 4.4% de la totalité des patients alors qu'ils représentent 12.1% des visites⁵. Ces chiffres démontrent qu'il y a une proportion de visiteurs des urgences qui revient de manière ponctuelle durant l'année et qui contribue à l'engorgement de ce service. En outre, plus d'UF des urgences que de patients non usagers fréquents des urgences ont été identifiés n'étant pas suisses ou européens (32.6% chez les UF des urgences contrairement à 23.1% chez le groupe contrôle). Parmi les UF des urgences, 50.7% sont d'origine Suisses, 16.7% Européens et 32.6% non Européens⁵. Nous pouvons comparer ces chiffres à ceux donnés par la ville de Lausanne concernant sa démographie, qui fin 2017 indiquait avoir 43% d'étrangers dans sa ville⁶. Ainsi, nous pouvons constater qu'un plus grand nombre de personnes étrangères que de Suisses sont UF des urgences, proportionnellement à la population générale Vaudoise.

C'est pourquoi, dans cette étude, nous allons certes nous intéresser aux usagers fréquents des urgences, mais surtout à une population en particulier : les requérants d'asile. Ils sont définis par l'Établissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM) comme « des personnes qui ont fui leur pays et demandent la protection de la Suisse. Ils sont dans l'attente du résultat de leur procédure d'asile, au cours de laquelle ils doivent prouver qu'ils ont été personnellement persécutés pour des raisons politiques, sociales ou religieuses »⁷. En effet, dans la discussion de l'étude de Soril et al.⁸ publiée en 2016, les auteurs soulignent le fait que très peu d'études se sont penchées sur l'existence de sous-

¹ Sanchez B, Hirzel A, Bingisser R, Ciurea A, Exadaktylos A, Lehmann B et al. State of Emergency Medicine in Switzerland: a national profile of emergency departments in 2006. *International Journal of Emergency Medicine*. 2013;6(1).

² Merçay, C.. Le recours aux services d'urgence en Suisse. Description des différences cantonales (Obsan Dossier 64). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. 2018

³ Kucera, J, Krummenacher, A.. La population de la Suisse 2016. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique. 2017.

⁴ Griffini J.L, Yersin M., Baggio S., Iglesias K., Velonaki V.S., Moschetti K, Burnand B., Wasserfallen J.B., Vu F., Ansermet C., Hugli O., Daeppen J.B., Bodenmann P. (2016) Characteristics and predictors of mortality among frequent users of an emergency department in Switzerland. *European Journal of emergency medicine* (25) pp. 140-146.

⁵ Bieler G, Paroz S, Faouzi M, Trueb L, Vaucher P, Althaus F, et al. Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in a universal health insurance system. *Acad Emerg Med*. janv 2012;19(1):63-8.

⁶ Bureau lausannois de l'immigration. Déchiffrer la diversité démographique lausannoise. *Cahiers du BLI*, février 2019.

⁷ EVAM : Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants. [En ligne]. Foire aux questions. [Cité le 02.12.2020] Disponible sur : <https://www.evam.ch/faq/>

⁸ Soril LJJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM. Characteristics of frequent users of the emergency department in the general adult population: A systematic review of international healthcare systems. *Health Policy*. mai 2016;120(5):452-61.

groupes spécifiques parmi les UF des urgences. Au vu du recoupement de certaines caractéristiques des UF, relevées lors d'études faites à Lausanne au cours des 10 dernières années, et des traits communs aux requérants d'asile que nous allons expliciter par la suite, il nous a semblé intéressant de comparer ces deux populations sur leur utilisation des urgences. L'étude de Credé et al.⁹, s'intéressant à l'utilisation des urgences des migrants en Europe, souligne également que l'observation des différentes utilisations des urgences selon les sous-groupes d'immigration pourrait refléter leurs utilisations du système de soins et des difficultés encourues pour y accéder. Ils mettent ainsi en avant l'importance de reporter l'utilisation des urgences selon le statut migratoire, ce qu'on va s'appliquer de faire avec les patients usagers fréquents des urgences requérants d'asile.

Afin de mettre quelques bases sur notre sujet d'étude, nous allons tout d'abord nous intéresser aux caractéristiques principales de ces patients qui viennent plus de 5 fois par an aux urgences et à leur utilisation des urgences. Par la suite, nous nous concentrerons sur l'utilisation du système de soin par les requérants d'asile.

Utilisation du système de soins par les UF des urgences

Au niveau international, plusieurs caractéristiques intéressantes ressortent des études concernant les UF des urgences : ils auraient une grande prévalence aux maladies chroniques, présenteraient des comorbidités psychiatriques, auraient un statut socio-économique plus bas, seraient sujets à une plus grande mortalité, ont été admis précédemment dans un service de soins aigus et auraient été des usagers fréquents des urgences dans le passé^{8,10}. De ces études, en ressort principalement le fait que les UF seraient des personnes avec une mauvaise santé habituelle. L'étude de Burns et al.¹¹ spécifie également que tous les UF qui se sont présentés aux urgences pensaient que leur cas était effectivement une urgence, mais que dans 81% des cas, ils étaient triés par les soignants dans la catégorie des soins non urgents. Cette théorie a été contrebalancée par l'étude de Griffin et al.⁴, qui indique que les UF ne font pas forcément un mauvais usage des urgences mais qu'ils les utilisent plus car ils sont souvent plus malades que la population générale.

Si nous nous focalisons sur les études faites au sein de la cité hospitalière et ambulatoire universitaire vaudoise (CHUV et Unisanté) afin de caractériser les UF, en comparaison aux autres patients des urgences, ils seraient significativement plus nombreux à être né dans un pays à faibles/moyens revenus, avec des revenus mensuels bas, sans emploi ou dépendant de l'aide sociale (46.5% vs 15%), avec des statuts sociaux plus défavorables et parlant moins bien la langue régionale en comparaison aux non usagers fréquents des urgences (35.1% vs 16.2%). Au niveau salulaire, ils présenteraient plus de comorbidités mentales (53.9% vs 26.6%) et auraient un index de comorbidités somatiques plus élevés (3 vs 2). Leur utilisation du système de santé différerait également des personnes venant moins de 5 fois par an aux urgences, c'est-à-dire qu'une plus grande proportion des UF des urgences n'aurait pas de médecin généraliste (22.4% vs 10.5%), ils visiteraient moins les médecins spécialisés (32.3% vs 47.4%) et seraient plus souvent hospitalisés¹².

Un autre point relevé lors de cette revue de littérature est la discrimination ressentie par cette population lors des consultations. Un tiers des UF a perçu une discrimination durant leurs visites à

⁹ Credé SH, Such E, Mason S. International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: a systematic review. *Eur J Public Health*. 01 2018;28(1):61-73.

¹⁰ Moe J, Kirkland SW, Rawe E, Ospina MB, Vandermeer B, Campbell S, et al. Effectiveness of Interventions to Decrease Emergency Department Visits by Adult Frequent Users: A Systematic Review. *Acad Emerg Med*. 2017;24(1):40-52.

¹¹ Burns TR. Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis. *Int Emerg Nurs*. nov 2017;35:51-5.

¹² Bodenmann P, Baggio S, Iglesias K, Althaus F, Velonaki V-S, 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*. 9 déc 2015;14:146.

l'hôpital, dont la majorité était liés à la langue, la nationalité, la maladie ou l'apparence physique¹³. Ce ressenti est associé à des conséquences ultérieures, incluant des effets psychologiques et physiologiques. Vu que ces discriminations se basent sur des caractéristiques qui touchent pour certaines particulièrement les requérants d'asile, comme la langue ou la nationalité, cela nous amène à nous intéresser à l'utilisation des urgences par cette population.

Utilisation du système de soins par les requérants d'asile

Au niveau Européen, la méconnaissance du système de santé du pays hôte, ainsi que des services à disposition et la manière d'en bénéficier ont été identifiés comme les obstacles majeurs à la bonne gestion de la santé des requérants d'asile. Pour chaque requérant, dès leur entrée sur le territoire suisse, des informations quant à l'organisation de notre système de santé et sur le plan de vaccination sont transmises et un bilan de santé est établi dans les 3 jours. Lors de leur arrivée dans le canton de Vaud, chaque requérant d'asile reçoit une invitation pour un bilan de santé par le réseau de santé et migration (RESAMI). Ils sont pris en charge par l'unité de soins aux migrants (USMi) qui s'occupera d'évaluer leur santé, d'établir un programme de vaccination et de promotion de la santé, ainsi que des visites de première ligne avec des infirmiers de l'USMi, en étroite collaboration avec des médecins de premier recours inscrits dans le réseau¹⁴. Ils ont également accès à des services d'interprétariat, surtout téléphonique, car la compréhension linguistique est un obstacle majeur à la bonne prise en charge¹⁵. La poursuite de l'adhésion à ce réseau, après avoir suivi le plan de vaccination, se fait de manière volontaire, et dans le cas échéant, les requérants d'asile sont orientés vers le réseau sanitaire ordinaire.

Le flux migratoire fluctuant rend l'anticipation des besoins de cette population complexe. Cela peut engendrer des possibles dysfonctionnements, tels qu'un recours inadéquat aux urgences, de la difficulté à la compréhension des besoins du patient ou un moindre recours à des spécialités¹⁴.

Dans une étude menée par Müller et al.¹⁶ entre 2013 et 2015 aux urgences de l'Inselsspital de Bern, il a été démontré que les consultations des patients aux urgences avaient, sur 3 ans, augmenté de 33% et que les visites des requérants d'asile ou réfugiés avaient augmentés de 45%. Cette augmentation des visites aux urgences des réfugiés et requérants d'asile a été décrite comme une conséquence de la différence culturelle, du peu de connaissances du système de santé local et de la barrière de la langue. De plus, les soignants des urgences soulignent le fait que ce n'est souvent pas le lieu adéquat pour recevoir cette population car l'accès à l'interprétariat y est très limité et que donc les difficultés de communication rendent l'anamnèse peu précise. Ils mettent également en avant le fait que, souvent, derrière les douleurs abdominales et les céphalées, il y a des états anxieux qui sont difficiles d'appréhender dans ce contexte. Dans l'étude de Keidar¹⁷, nous retrouvons également cette notion d'une plus grande proportion de consultations psychiatriques dans la population migrante par rapport aux natifs du pays, et le rapport de l'OSS cité auparavant met aussi en avant que les migrants sont deux

¹³ Baggio S., Iglesias K., Hugli O., Burnand B., Ruggeri O., Wasserfallen J.B., Moschetti K., Staeger P., Alary S., Canepa Allen M., Daepfen J.B., Bodenmann P. (2017) Associations Between Perceived Discrimination And Health Status Among Frequent Emergency Department Users. *European Journal of Emergency Medicine* (24). pp. 136-141

¹⁴ 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 [Internet]. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2019. (Raisons de santé 306).

¹⁵ Office fédérale de la santé publique OFSP. Soins médicaux pour les requérants d'asile dans les centres de la Confédération et les centres d'hébergement collectif cantonaux. Berne; 2017.

¹⁶ Müller M, Klingberg K, Srivastava D, Exadaktylos AK. Consultations by Asylum Seekers: Recent Trends in the Emergency Department of a Swiss University Hospital. *PLoS ONE*. 2016;11(5):e0155423.

¹⁷ Keidar O, Srivastava DS, Pikoulis E, Exadaktylos AK. Health of Refugees and Migrants-Where Do We Stand and What Directions Should We Take? *Int J Environ Res Public Health*. 12 2019;16(8).

fois plus nombreux à être traités pour dépression comparé aux Suisses (très élevé chez les requérants d'asile somaliens et Sri Lankais).

À la suite de ces constatations, nous pouvons aisément faire des liens entre les UF des urgences et les requérants d'asile, par exemple au vu de leur plus haute propension à avoir des troubles psychiatriques, aux revenus souvent faibles dans ces deux populations et à la mauvaise compréhension due à la langue. C'est pourquoi nous avons comparé les UF des urgences non requérants d'asile (UF-NRDA) et les UF des urgences requérants d'asile (UF-RDA), afin d'objectiver une tendance dans leur utilisation des urgences.

Ce qui nous amène à la question de recherche suivante :

Quelle est l'utilisation des urgences des usagers fréquents des urgences requérants d'asile, en comparaison aux non requérants d'asile ? Pour répondre à cette question, nous nous appuyons des facteurs sociodémographiques comme l'âge, le sexe, le nombre de visites, de la présence d'un médecin généraliste ou non, de la langue parlée, de la nationalité, de la profession, du recours à un traducteur ainsi que des facteurs issus des visites comme le moyen de venue aux urgences, l'heure de l'admission, le degré d'urgence lors du triage, l'orientation suite à l'admission, l'échelle de la douleur, les motifs de consultation et l'état de conscience.

MÉTHODOLOGIE

REVUE DE LITTÉRATURE

Une revue de littérature exhaustive mais non systématique a été effectuée par une recherche principalement sur PUBMED, CINAHL ainsi que sur recherche google des articles publiés sur les 10 dernières années en français et en anglais. Les principaux mots de recherche étaient : « asylum seeker », « refugee », « migrant », « frequent user », « ED » et « emergency department ». Nous avons pris en compte uniquement les travaux se concentrant sur les adultes. Des données épidémiologiques ont également été récoltées à travers les sites des différentes organismes nationaux et internationaux (notamment l'Office fédéral de la santé publique, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et les statistiques du canton de Vaud)

PRÉPARATION DES DONNÉES

Pour cette étude, nous avons utilisé les dossiers patients anonymisés des urgences du CHUV à Lausanne, catégorisant les usagers fréquents des urgences comme des patients consultant 5 fois et plus sur une période d'un an, et ceci du 1^{er} août 2016 au 31 juillet 2019. Cette fréquence a été établie par rapport au dossier Axya et 2491 patients, avec au total 12478 visites, correspondaient à cette description. Nous avons pu regrouper les 3 dossiers (Axya, Soarian et Gyroflux) grâce aux numéros IPP des patients et aux numéros de séjour pour chaque visite. 79 patients étaient recensés dans Axya et Gyroflux, mais ne figuraient pas dans le dossier Soarian. La base de données Soarian contenait des variables que nous souhaitions analyser comme le sexe, la date de naissance, la langue et le recours à un interprète. Au vu du nombre d'informations manquantes pour ces 79 patients, nous avons décidé de les éliminer de notre population. De plus, nous avons constaté que certains numéros de séjour étaient repris plusieurs fois pour des visites différentes, cela dû au fait qu'un seul numéro de séjour

est attribué par patient par jour et que parfois, lors de la réévaluation des constantes vitales d'un patient, une nouvelle entrée sous le même numéro de séjour est créée. Pour être au plus juste possible concernant le nombre de visites par patient, nous avons réévalué toutes les visites d'un même patient qui comportaient les mêmes numéros de séjour et dont l'heure d'arrivée aux urgences était comprise dans un intervalle de moins de 12 heures les unes des autres. Pour ces visites, nous avons vérifié manuellement ceux dont les motifs de consultations et/ou la provenance du patient et/ou l'orientation suite à l'admission différaient. Nous avons établi que si une de ces variables changeait, nous considérerions que ce sont des visites distinctes et que dans le cas contraire, il s'agirait d'une seule et même visite. Nous avons donc dû recalculer le nombre de visites par patient, en prenant la 1^{ère} date de visite et en se concentrant sur le nombre de visites qui sont intervenues dans un laps de temps de 365.25 jours après cette date. Ceci est répété pour chacune des dates de visite d'un même patient, et on obtient donc un nombre de visites sur une période d'un an à partir de chacune des dates de visite d'un même patient. Nous avons calculé enfin le maximum de ce nombre de visites, et l'avons établi comme étant le nombre de visites effectué par un patient sur une période d'un an. Nous avons ainsi redéfini notre population, afin de toujours avoir des patients avec 5 consultations et plus sur une année. Un autre des critères d'inclusion dans cette étude est l'âge des participants supérieur ou égal à 18 ans. Pour cela, nous avons calculé l'âge entre la date de naissance du patient et la date de la dernière visite de notre base de données incluant ainsi les personnes atteignant la majorité durant ce laps de temps. Nous avons ainsi un total de 1260 patients et 8248 visites.

ANALYSES STATISTIQUES

Dans le cadre de ce travail, nous allons étudier 15 différentes variables, catégorisées comme suit :

- Par patient :
 - Statut de requérant
 - Âge
 - Sexe
 - Nombre maximum de visites sur 1 an
 - Nationalité
 - Langue parlée
 - Profession
 - Présence d'un médecin traitant dans le réseau de soins
 - Recours à un service d'interprétariat au cours d'une de leur visite

Les variables des patients ont été catégorisées en variables binaires pour le statut de requérant d'asile (requérant d'asile ou non requérant d'asile), le sexe (homme ou femme), la langue parlée (français ou autre langue), la présence d'un médecin traitant (présence ou absence), le recours à un service d'interprétariat au cours d'une de leur visite (oui ou non). Au vu du nombre peu élevé de patients identifiés dans certaine région, les nationalités ont été catégorisés en 10 régions et réinterprétées selon la classification des pays par régions utilisée par Pfortmüller et al.¹⁸ (Suisse, OCDE sans Suisse, Europe de l'est hors OCDE, Asie, Amérique du Sud/central, Afrique du nord, Afrique de l'Est, Afrique de l'Ouest, Afrique centrale, Moyen-Orient) et en 6 régions selon les régions OMS¹⁹ (région africaine, région des Amériques, région de la méditerranée orientale, région européenne, région de l'Asie du

¹⁸ Pfortmüller CA, Stotz M, Lindner G, Müller T, Rodondi N, Exadaktylos AK. Multimorbidity in Adult Asylum Seekers: A First Overview. PLoS One. 20 déc 2013;8(12).

¹⁹ Organisation mondiale de la Santé [en ligne]. Bureaux régionaux de l'OMS [cité le 02 décembre 2020]. Disponible sur : <http://origin.who.int/about/regions/fr/>

Sud-Est, région du Pacifique occidental). Les détails de la distribution des pays sont dans les annexes 1 et 2. La variable de la profession a été catégorisée en 4 groupes : avec emploi, sans emploi ou bénéficiaire d'une rente AI, retraité et étudiant.

- Par visite :
 - Heure d'entrée
 - Provenance du patient
 - Triage aux urgences indiquant le degré de gravité
 - Orientation du patient suite au triage
 - AVPU : qui qualifie l'état de conscience d'un patient aux urgences
 - Motif de consultation
 - Échelle de la douleur

Les heures d'entrées ont été séparées en 2 catégories : hors horaires conventionnels (entre 19h et 7h du matin, ainsi que les week-ends) et durant les horaires conventionnels (entre 7h et 19h) selon l'étude de Clément et al.²⁰ La provenance des patients a été catégorisée en 3 : avec moyen de transport médicalisé (Ambulance, SMUR ou hélicoptère), par ses propres moyens de transport ou venant d'un service de l'hôpital (PMU-Unisanté ou transfert interne). Pour des soucis de simplification, nous avons réinterprété la classification de Rutschmann et al.²¹ afin de classifier les degrés de triage passant de 3 catégories (degré 1, degré 2 et degré 3 et 4) à une classification en 2 catégories (urgent pour les degrés de triage 1 et 2 et non urgent pour les degrés de triage 3 et 4). L'état de conscience a été stratifié en 2 catégories : A (qui signifie éveillé) et VPU (qui nécessite une investigation plus poussée de son état de conscience). Les motifs de consultations ont été répartis en 3 catégories, également selon la classification de Rutschmann et al.²¹: motifs chirurgicaux, motifs de médecine interne, motifs psychiatriques (détails de la répartition des motifs de consultation dans l'Annexe 3). L'échelle de la douleur, qui est de 0 à 10, a été catégorisée en 3 parties selon l'étude de Bodian et al.²² : douleur légère (de 0 à 4), douleur modérée (5 à 6), douleur forte (7 à 10). Pour finir, l'orientation des patients suite à leur admission a été répartie en 3 catégories : PMU-Unisanté (policlinique médicale universitaire), urgences couchées et d'observation, et les autres services (urgences ambulatoires, centre de la main, service de gynécologie, service de médecine interne, polyclinique d'ORL, service de psychiatrie de liaison).

Nous avons séparé l'analyse de ces variables en deux, d'abord l'analyse socio-démographique des patients et ensuite l'analyse des visites car ces données sont nichées par patient. Pour ces derniers, nous avons ajusté les modèles par l'âge, le statut de requérant d'asile et le sexe. En effet, les données par visites se répètent pour un seul patient et cela demandait donc une autre approche statistique.

Concernant l'analyse des variables par patient, nous avons eu recours à différents tests statistiques, en plus des différentes répartitions de pourcentages, de moyennes, des maximums et minimums de chaque variable afin de comparer les populations d'usagers fréquents des urgences requérants d'asile et non-requérants d'asile :

²⁰ Clément N, Businger A, Martinolli L, Zimmermann H, Exadaktylos AK. Referral practice among Swiss and non-Swiss walk-in patients in an urban surgical emergency department. *Swiss Med Wkly*. 2010;140:w13089.

²¹ Rutschmann OT, Hugli OW, Marti C, Grosgrün O, Geissbühler A, Kossovsky M, et al. Reliability of the revised Swiss Emergency Triage Scale: a computer simulation study. *Eur J Emerg Med*. août 2018;25(4):264-9.

²² Bodian CA, Freedman G, Hossain S, Eisenkraft JB, Beilin Y. The visual analog scale for pain: clinical significance in postoperative patients. *Anesthesiology*. déc 2001;95(6):1356-61.

- Test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour le nombre de visites sur une année et l'âge des patients
- Test du χ^2 pour les variables suivantes : sexe, présence de médecin traitant, usage d'un traducteur, langue parlée, la profession et la nationalité

Afin d'analyser les données des visites des usagers fréquents des urgences, nous avons procédé à une modélisation statistique au moyen d'une régression logistique avec effets aléatoires pour les variables binaires suivantes : l'AVPU, l'heure d'arrivée, le degré d'urgence au triage, motifs de consultation, provenance et orientation du patient suite à son passage aux urgences. Cette modélisation, ajustée pour l'âge et le sexe des patients, permet de quantifier la différence (en terme d'odds ratio) entre les requérants d'asile et non requérants d'asile sur ces variables binaires tout en tenant compte de la dépendance des données issues d'un même patient (données répétées). L'analyse de l'échelle de la douleur (3 catégories ordinales) a été effectuée au moyen d'une régression logistique cumulative, également avec effets aléatoires de manière à tenir compte de la dépendance liée aux données répétées. Une valeur $p < 0,05$ est considérée comme statistiquement significative.

RÉSULTATS

Statistiques par patient

Les différents résultats de notre analyse des données par patients sont regroupés dans le tableau 1. Y figure les nombres totaux et les pourcentages de patients UF-RDA et UF-NRDA pour chaque variable, ainsi que les valeurs p qui indiquent s'il y a une différence significative entre les populations ($p < 0.05$).

	UF-RDA	UF-NRDA	Valeur p	UF
Nombre de patients	93 (7,38%)	1'167 (92,62%)		1'260
Âge moyen	33,85 ans	55,74 ans	<0,001**	54,34 ans
Sexe			<0,001**	
- Femme	25 (26,88%)	538 (46,1%)		563 (44,68%)
- Homme	68 (73,12%)	629 (53,9%)		697 (55,32%)
Nombre de visites moyen par an	6,57	6,53	0,418	6,54
Patients ayant un médecin traitant	90 (96,77%)	1'158 (99,23%)	0,019**	1'248 (99,05%)
Patients ayant eu recours à un traducteur	9 (9,68%)	17 (1,46%)	<0,001**	26 (2,06%)
Profession			<0,001**	
- Avec emploi	10 (10,75%)	281 (24,27%)		291 (23,26%)
- Sans emploi	77 (82,80%)	386 (33,33%)		463 (37,01%)
- Retraité	3 (3,23%)	454 (39,21%)		457 (36,53%)
- Etudiant	3 (3,23%)	37 (3,20%)		40 (3,20%)
Langue parlée			<0,001**	
- Français	3 (3,23%)	455 (38,99%)		458 (36,35%)
- Autre langue	63 (67,74%)	249 (21,34%)		312 (24,76%)
- Données manquantes	27 (29,03%)	463 (39,67%)	0,043**	490 (38,89%)
Nationalité – 10 groupes			<0,001**	
- Suisse	0	657 (56,35%)		657 (52,18%)
- OCDE	3 (3,23%)	312 (26,76%)		315 (25,02%)
- Europe de l'Est	28 (30,11%)	76 (6,52%)		104 (8,26%)
- Asie	20 (21,51%)	16 (1,37%)		36 (2,86%)
- Amérique du sud/central	0	29 (2,49%)		29 (2,30%)
- Afrique du Nord	18 (19,35%)	22 (1,89%)		40 (3,18%)
- Afrique de l'Est	13 (13,98%)	22 (1,89%)		35 (2,78%)
- Afrique de l'Ouest	6 (6,45%)	6 (0,51%)		12 (0,95%)
- Afrique centrale	0	9 (0,77%)		9 (0,71%)
- Moyen Orient	5 (5,38%)	17 (1,46%)		22 (1,75%)
Nationalité – régions OMS			<0,001**	
- Afrique	23 (24,73%)	54 (4,63%)		77 (6,12%)
- Amériques	0	37 (3,17)		37 (2,94%)
- Méditerranée Orientale	32 (34,41%)	39 (3,34%)		71 (5,64%)
- Europe	35 (37,63%)	1'022 (87,65%)		1'057 (83,96%)
- Asie du Sud-Est	1 (1,08%)	11 (0,94%)		12 (0,95%)
- Pacifique Occidental	2 (2,15%)	3 (0,26%)		5 (0,4%)

** Valeur p qui indique une différence significative ($p < 0.05$)

Tableau 1 résultats des statistiques par patient

Le nombre d'usagers fréquents des urgences dans la période examinée se compte à 1260 patients, dont 7.38% des patients sont des usagers fréquents des urgences requérants d'asile (UF-RDA) (93 patients) et 92.62% sont des usagers fréquents des urgences non requérants d'asile (UF-NRDA) (1167 patients).

Les résultats descriptifs nous montrent tout d'abord une différence significative entre les UF-RDA et UF-NRDA concernant les variables du sexe, de l'âge et de la nationalité. Les **moyennes d'âge** des UF-RDA et des non UF-NRDA sont considérablement éloignées, avec 38.83 ans et 55.73 ans respectivement. La **répartition des sexes** montre une forte prévalence d'hommes parmi les UF-RDA (73.12% d'hommes) et à une répartition plus ou moins équitable des sexes parmi les UF-NRDA (46,1% des femmes et 53.9% d'hommes). Concernant les **nationalités**, une grande différence de pourcentage est notable entre les UF-RDA et UF-NRDA originaires d'Europe de l'est (30.11% et 6.52% respectivement) et d'Afrique (24.73% et 4.63% respectivement).

Nous avons constaté une différence non significative entre les deux groupes de l'étude concernant les **nombre moyen de visites**, malgré une grande différence parmi les nombres maximums de visites pour un seul patient entre les deux groupes, c'est-à-dire 21 visites chez les UF-RDA et 137 visites chez les UF-NRDA.

Concernant les difficultés linguistiques rencontrées par les UF, nous n'avons malheureusement pas pu exploiter les données des **langues parlées** au vu du nombre de données manquantes. Cependant, nous avons pu recenser le nombre de patients ayant eu recours à un **traducteur** lors de la consultation, et nous avons constaté une nette différence d'utilisation entre les UF-RDA (9.68% des consultations) et les UF-NRDA (1.46% des consultations). Nous avons dû également retenir comme inexploitable la variable concernant **l'éducation** des UF, au vu du manque de données recensées.

Le pourcentage de patients ayant un **médecin traitant** est dans l'ensemble très haut mais en défaveur pour les UF-RDA de manière significative.

Concernant le pourcentage de patients **actifs professionnellement**, nous avons pu constater que parmi les UF-NRDA, seulement 37.01% sont sans emploi, alors que 82.80% des UF-RDA rentrent dans cette catégorie. Inversement, 36.53% des UF-NRDA sont à la retraite, alors que 3.23% des UF-RDA sont dans ce cas.

Statistiques des visites

Les résultats de l'analyse des variables des visites se retrouvent dans le tableau 2 ci-dessous. Y figure les odds ratios (OR) qui montrent le rapport de UF-RDA en fonction des UF-NRDA, ainsi que les valeurs p qui indiquent s'il y a une différence significative entre les populations ($p < 0.05$).

	OR	Valeur p		OR	Valeur p
Heure d'arrivée			Orientation		
▪ Statut requérant pour horaires non conventionnels	0.78	0.031**	PMU-Unisanté		
Provenance			▪ Statut requérant	2.68	<0.001**
Transport médicalisé			URGC et URGO		
▪ Statut requérant	0.80	0.429	▪ Statut requérant	0.68	0.120
Piéton			Autres		
▪ Statut requérant	1.11	0.656	▪ Statut requérant (homme)	0.79	0.254
Transfert interne			▪ Statut requérant (femme)*	0.38	0.023**
▪ Statut requérant	1.36		Motifs de consultation		
Triage			Chirurgie		
▪ Statut requérant pour triage non urgent	0.56	0.032**	▪ Statut requérant (âge de 56 ans)	0.61	0.051
Etat de conscience	Variable non exploitable		Psychiatrie		
Douleur			▪ Statut requérant	0.62	0.404
▪ Statut requérant pour douleur d'intensité sévère	1.10	0.590	Médecine interne		
			▪ Statut requérant (âge de 56 ans)	2.20	0.003**

*Valeur p pour la différence homme-femme parmi les requérants d'asile

** Valeur p qui indique une différence significative ($p < 0.05$)

Tableau 2 Résultats des statistiques des visites

Nous avons identifié les différentes **heures de visites** des UF, et les avons catégorisés en deux groupes : heures conventionnelles (de 7h à 19h du lundi au vendredi) et heures non conventionnelles (de 19h à 7h du lundi au vendredi ainsi que les samedis et dimanches). La modélisation de cette variable, en prenant en compte le sexe, l'âge et le statut de requérant d'asile du patient, nous indique que les UF-RDA tendent à venir légèrement moins souvent aux urgences durant la nuit ou le weekend par rapport aux UF-NRDA (OR=0,78) et ce résultat est également statistiquement significatif (valeur p 0.031). De plus, les patients plus âgés viendraient moins souvent aux urgences en dehors des heures conventionnelles. Le risque de consultation durant la nuit ou le weekend diminue de 10% (OR=0.90) par tranche d'âge de 10 ans et cet effet est statistiquement significatif (valeur p 0.000). Le sexe ne semble pas avoir d'influence sur cette variable.

La **provenance** des patients arrivant aux urgences a été catégorisée en trois groupes : transport médicalisé, transport personnel et transfert interne. Nous avons constaté que, pour ces 3 catégories, aucune différence significative n'a été mise en avant entre les UF-RDA et les UF-NRDA. L'influence majeure de cette variable est faite par l'âge des patients. L'usage d'un moyen de transport médicalisé aux urgences augmente de manière significative avec l'âge. La venue aux urgences par ses propres moyens concerne plutôt les jeunes UF. Aucune différence significative entre hommes et femmes n'a été constatée dans ces deux cas de figure. Pour finir, les transferts des patients entre les services du CHUV et les urgences, donc un mouvement dans l'institution même, présentent un pic de fréquence à

60 ans chez les hommes et à 45 ans chez les femmes, avec une baisse de la fréquence pour les patients jeunes et très âgés, à sexe et statut égal.

Concernant le **triage**, que nous avons catégorisé en tri urgent (degré de triage 1 et 2) et non-urgent (degré de triage 3 et 4), nous avons remarqué que le degré d'urgence est plus faible pour les UF-RDA que pour les UF-NRDA (OR=0.56), à âge et sexe égal, et cela est statistiquement significatif (valeur p 0.032). Les patients âgés ont des tris plus urgents que les patients jeunes ; le degré d'urgence augmente donc avec l'âge de manière significative. Le sexe ne semble pas avoir d'influence sur le degré d'urgence. En revanche, il y a une corrélation basse entre les degrés d'urgences des consultations d'un même patient (intra-class correlation : 0.3), ce qui signifie que la gravité dépend plus de la visite que du patient lui-même, mais qu'il y a quand même 30% du résultat du tri qui est dû au patient lui-même.

L'**orientation** des patients suite au triage des urgences a été divisée en 3 catégories : PMU-Unisanté, urgences couchées et celles d'observation, et les autres services. Nous avons constaté que les UF-RDA sont bien plus souvent orientés vers les urgences PMU-Unisanté que les UF-NRDA (OR=2.68) et cela avec une différence significative (valeur p < 0.001). De plus, la proportion des patients orientés vers les urgences PMU-Unisanté diminue de manière très significative avec l'âge. En revanche, à âge et statut égaux, les femmes sont plus souvent orientées vers les urgences PMU-Unisanté que les hommes, avec une différence significative. Concernant la proportion des usagers fréquents orientés vers les services des urgences couchées et d'observation, les UF-RDA semblent être légèrement moins souvent orientés vers ces services d'urgences que les UF mais cette différence n'est pas statistiquement significative. En revanche, elle augmente fortement avec l'âge et cette augmentation semble plus rapide chez les femmes que chez les hommes. La proportion des UF-RDA orientés vers d'autres services d'urgences que ceux de la PMU-Unisanté et des urgences couchées ou d'observation semble moindre comparé aux UF-NRDA. De plus, les femmes UF-RDA sont significativement moins orientés dans ces services que les femmes UF-NRDA (OR=0.38, valeur p 0.028). Il y a moins d'UF âgés dans ces services mais de manière plus prononcée chez les femmes.

Le **motif de consultation** lors de la venue des patients aux urgences a été catégorisé en 3 groupes : médecine interne, chirurgie et psychiatrie (détail dans l'annexe 3). La proportion d'usagers fréquents des urgences consultants pour des motifs relevant de la médecine interne a tendance à augmenter avec l'âge chez les UF-RDA et UF-NRDA et cela de manière bien plus marquée chez les UF-RDA (OR=2.2). Les femmes ont également plus de consultations en médecine interne que les hommes. Concernant les motifs chirurgicaux, si l'on considère uniquement les UF-RDA, cette proportion diminue très fortement avec l'âge de manière plus importante chez les femmes que chez les hommes. En revanche, chez les UF-NRDA, la proportion des usagers fréquents consultant pour des motifs chirurgicaux tend à augmenter avec l'âge chez les hommes alors qu'elle diminue très légèrement chez les femmes. Les motifs de consultation concernant la psychiatrie sont en faible nombre comparés à ceux de médecine interne ou de chirurgie. Une différence significative entre les groupes UF-RDA et UF-NRDA n'est pas identifiable (OR=0.62, valeur p 0.404). À âge égal, les femmes semblent moins affectées par ce motif de consultation que les hommes, mais encore une fois, de manière non significative. On observe également une diminution des consultations en urgence pour motifs psychiatrique avec l'âge, cette fois de manière significative.

L'échelle de la **douleur** est souvent utilisée lors de la venue des patients aux urgences. S'étendant de 0 à 10, nous avons regroupé ces 10 valeurs sous 3 groupes distincts : les douleurs légères (0 à 4), les douleurs moyennes (5 à 6) et douleurs fortes (7 à 10). À âge et sexe égal, on ne constate pas de différence significative de ressenti de la douleur entre UF-RDA et UF-NRDA (valeur p 0.590), malgré une légère tendance des UF-RDA à avoir des douleurs plus fortes (OR=1.10). Nous avons constaté qu'il y avait 19.41% de données manquantes dans cette catégorie. Si nous comparons par un test chi-carré

le nombre de données manquantes pour les UF-RDA (23,5%) et UF-NRDA (19,1%), la différence est significative (valeur p 0.009). Nous avons également mis en avant que l'intensité de la douleur ressentie diminue fortement avec l'âge. À âge égal, les femmes ressentent significativement des douleurs plus fortes que les hommes.

DISCUSSION

Interprétation des données socio-démographiques

Ce travail nous permet, tout d'abord, de mettre un chiffre sur le **pourcentage de requérants d'asile** qu'il y a parmi les usagers fréquents des urgences, c'est-à-dire 7,38%. Nous pouvons ainsi affirmer qu'il y a relativement peu de requérants d'asile parmi les UF. Afin de nuancer ces propos, nous pouvons également nous attarder sur les données démographiques du canton de Vaud, qui entre 2017 et 2019, compte une moyenne de 6'075 requérants d'asile²³ pour une moyenne de 800'211 habitants²⁴, ce qui nous amène à constater que 0,76% de la population vaudoise est un requérant d'asile. Ainsi, proportionnellement au nombre de requérants d'asile dans le canton de Vaud, il y a 10 fois plus de requérants d'asile qui font partie des usagers fréquents des urgences. Nous allons donc étudier les autres variables récoltées pour cette étude et comparer ces variables entre les usagers fréquents des urgences requérants d'asile et non requérants d'asile, afin de mieux définir leur utilisation des urgences.

Âge et sexe

La première observation que nous pouvons faire est à propos de l'**âge** et du **sexe** des patients usagers fréquents des urgences du CHUV de la période allant du 1^{er} août 2016 au 31 juillet 2019. En effet, la population des UF-RDA est plus jeune (36.8 ans en moyenne) et majoritairement masculine (73.12% d'hommes) comparée aux UF-NRDA dont l'âge moyen est de 54.34 ans et avec 53.9% d'hommes. Ces propos sont en accord avec les études précédemment faites auprès des requérants d'asile, comme celle de Spycher et al.²⁵, qui nous indiquait que l'âge moyen lors de l'étude réalisée dans le canton de Vaud était de 33 ans et la population à trois quarts masculine. L'âge moyen vaudois a quant à lui été calculé à 40,66 ans²⁶. Nous pouvons ainsi en déduire que c'est une population plus âgée qui est usagère fréquente des urgences que la population générale, et ainsi peut-être une population plus malade²⁷. Parmi les UF-RDA, il n'y a pas l'influence de l'âge ni du sexe qui rentre en compte au vu du fait que la moyenne d'âge des UF-RDA est semblable à celle des requérants d'asile (moyenne d'âge de 36,8 ans

²³ STATISTIQUE VAUD, Département des finances et des relations extérieures [En ligne] Requérants d'asile par statut, Vaud, 1994-2019. Lausanne ; 2020 [cité le 02 décembre 2020]. Disponible sur : <http://www.stat.vd.ch/Default.aspx?DocID=5252&DomId=1957>

²⁴ STATISTIQUE VAUD, département des finances et des relations extérieures [En ligne] Chiffres-clés annuels de la population, 1981-2019 [en ligne]. Lausanne; 2020 [cité le 02 décembre 2020]. Disponible sur : <http://www.scris.vd.ch/Default.aspx?DocID=6808>

²⁵ Spycher J, Marti J, Bize R. 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 de réalisation. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2019 (Raisons de santé 000).1

²⁶ Office fédéral de la statistique [En ligne] Age moyen de la population résidante permanente selon la catégorie de nationalité, le sexe et le canton, 2010-2018. OFS : Neuchâtel; 2020 [cité le 02 décembre 2020]. Disponible sur : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/effectif-evolution/age-etat-civil-nationalite.assetdetail.9466663.html>

²⁷ Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callahan ML. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med*. juill 2006;48(1):1-8.

parmi les UF-RDA, moyenne d'âge 33 ans parmi les requérants d'asile dans le canton de Vaud), pareil pour le sexe (73,12% d'hommes parmi les UF-RDA, 75% d'hommes parmi les requérants d'asile dans le canton de Vaud).

Nombre de visites

Comme nous l'avons noté lors des résultats, le **nombre de visites** ne diffère pas de manière significative entre les UF-RDA et les UF-NRDA, ce qui veut dire que, parmi les personnes qui reviennent de manière récurrente aux urgences, les requérants d'asile ne viennent pas plus que les non requérants d'asile. Ceci remet en perspective les propos émis dans l'étude de Credé et al.⁹, qui mettait en avant que les migrants, dont une partie de la population serait les requérants d'asile, viendraient plus souvent aux urgences que les non migrants. Parmi les usagers fréquents des urgences, le statut de requérant d'asile n'influe pas sur le nombre de consultations. À noter que le nombre de visites n'est pas ajusté par rapport à l'âge et au sexe, deux variables qui, dans notre population, résultent avec des moyennes très différentes entre les UF-RDA et UF-NRDA.

Médecin traitant

En revanche, un des points qui pourrait amener les requérants d'asile à avoir une plus grande propension à devenir un UF, serait le fait de ne pas avoir de **médecin traitant**. Ce qui, dans notre étude, a été dans une certaine mesure réfuté au vu du nombre élevé de médecins de référence pour les patients usagers fréquents des urgences requérants d'asile (96,77%) ou non requérant d'asile (99,23%), malgré une différence significative entre les deux groupes. Nous pouvons nuancer ces propos en nous aidant de l'étude de Maillefer et al.²⁸ qui met en avant non pas la présence d'un médecin traitant parmi les requérants d'asile, mais leur utilisation de ce service de soins. En effet, les requérants d'asile, plus spécifiquement les requérants d'asile érythréens et afghans, se rendraient plus naturellement aux urgences car c'est ce qui se rapproche le plus de la manière d'utiliser le système de santé dans leur pays d'origine. Il peut s'avérer complexe pour ces patients de comprendre le besoin de se rendre régulièrement à des consultations médicales, car la manière de procéder dans le pays d'origine est de se rendre chez le médecin en cas de besoin, sans prise de rendez-vous et d'attendre son tour afin d'être soigné. Ce point est également confirmé par l'étude de Pfortmüller et al.²⁰, citée précédemment, qui indique que les requérants d'asile ont accès à un médecin généraliste, mais qu'ils l'utilisent peu. De plus, dans une étude menée à Bern²², il a été mis en avant que 83% des patients suisses s'étant présentés aux urgences consultaient régulièrement un médecin traitant, alors que seulement 57% des migrants le faisaient, incluant également les requérants d'asile. Nous pouvons donc en conclure que, malgré la présence d'un médecin généraliste dans le réseau de soins des requérants d'asile, leur utilisation peut être amoindri au vu des différences culturelles, ce qui les amèneraient à consulter plutôt aux urgences.

²⁸ Maillefer F, Bovet É, Jaton L, Bodenmann P, Ninane F. Facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins chez les requérants d'asile du canton de Vaud en Suisse et recommandations. Recherche en soins infirmiers. 24 juill 2019;N° 137(2):26-40.

Langue

Un autre problème majeur, identifié comme barrière aux soins pour les requérants d'asiles, est la **langue**. Aux urgences, ce facteur n'est souvent pas recensé par le personnel soignant et nous avons pu en faire le constat pour les UF avec 38.89% de données manquantes pour cette variable. Dans nos résultats, nous identifions un plus grand recensement de la langue pour les UF-RDA (70.97% vs 60.33% pour les UF-NRDA), avec une différence significative. Malgré cet effort fourni par le personnel soignant, ceci reste encore peu, au vu des conséquences que le manque de compréhension de la langue peut avoir. En effet, le fait de ne pas parler une des langues du pays pourrait amener à consulter les urgences en premier lieu, car les informations quant au système de soins peuvent ne pas être correctement comprises. L'étude de Spycher et al.²⁶ a ainsi documenté le premier contact des requérants d'asile dans un service de soins suisse, et il en est ressorti que 51% ont consulté pour la première fois hors USMi, c'est-à-dire se dirigeant vers une polyclinique médicale, un médecin privé ou un hôpital. Parmi les requérants d'asile qui ont consulté pour la 1^{ère} fois aux urgences, il s'agit pour une grande proportion de requérants d'asile parlant une autre langue que le français, l'anglais, l'italien ou l'allemand (65%). De plus, un migrant qui ne parle pas bien la langue du pays peut être mal compris et cela mène à des examens et tests diagnostiques plus approfondis pour compenser le manque d'informations²⁹. Pour pallier ces désavantages, le recours à de **l'interprétariat** par un professionnel est possible, jugé utile mais parfois peu accessible³⁰. Dans notre étude, 9.68% des UF-RDA ont eu recours à un traducteur alors qu'uniquement 3.23% ont indiqué parler le français et 67.74% parler une autre langue. À noter que la variable de la langue parlée n'est pas fiable au vu du nombre important de données manquantes. Ceci nous informe tout de même sur le faible accès à l'interprétariat malgré un haut pourcentage de langues parlées allophones. La difficulté de l'interprétation se trouve également dans le fait que nous ne sachions pas combien de personnes ont eu accès à un interprétariat par une personne du service ou par un accompagnant, qui est reconnu être de moins bonne qualité que celui exécuté par un professionnel et serait donc à éviter. Ces obstacles causés par la barrière de la langue peuvent aboutir, pour les requérants d'asile, à une mécompréhension de leur maladie, des possibles traitements et du suivi¹⁴, ce qui peut l'entraîner à venir plus souvent aux urgences et ainsi à devenir peut-être un usager fréquent des urgences. Lors de l'étude de Bodenmann et al.¹² citée auparavant et caractérisant les vulnérabilités des patients pouvant devenir des usagers fréquents des urgences, il a déjà été noté qu'il y avait plus d'usagers fréquents des urgences qui parlaient moins bien le français que les non usagers fréquents des urgences (35.1% vs 16.2%). Ceci appuie notre propos que le peu de maîtrise de la langue pourrait être un facteur de risque pour devenir un UF.

Education

Une autre variable dont les données manquantes sont importantes est celle de **l'éducation**. En effet, alors que l'éducation a été nommée comme déterminant social de la santé par l'OMS³¹, nous constatons que, parmi les usagers fréquents des urgences, le niveau de formation a été recensé uniquement pour 6.53% des patients. Au vu de la quantité de données manquantes, la variable n'est

²⁹ Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. BMC Public Health. 25 mars 2011;11:187.

³⁰ Brandenberger J, Tylleskär T, Sontag K, Peterhans B, Ritz N. A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries - the 3C model. BMC Public Health. 14 juin 2019;19(1):755.

³¹ Leclerc A, Kaminski M, Lang T. [Closing the gap in a generation: the WHO report on social determinants of health]. Rev Epidemiol Sante Publique. août 2009;57(4):227-30.

pas exploitable, mais nous pouvons faire un constat sur ce déficit d'informations. En effet, le niveau de formation influe sur la santé des patients. Souvent, un niveau de formation bas implique également un revenu bas et a donc des répercussions sur la santé au vu de l'accès plus difficile à une nourriture saine, un logement correct et au système de soins³². Le niveau d'éducation a également été associé à différentes maladies. Au vu de ces faits, l'évaluation de ce facteur serait bénéfique à l'identification de la vulnérabilité de certains patients. De plus, lors de l'étude sur les caractéristiques des usagers fréquents des urgences à Lausanne citée précédemment, le statut social bas était un des facteurs de risque engendrant des consultations récurrentes aux urgences.

Activité professionnelle

Suite à l'évocation du niveau de formation des patients, nous pouvons nous demander le **taux d'activité professionnelle lucrative** qu'exerce les patients UF. Déjà par le passé, il avait été constaté qu'en comparaison aux non usagers fréquents des urgences, les UF avait une plus grande tendance à être sans emploi. Cela se confirme au vu des 37.01% de sans emploi parmi les UF. Une différence significative ressort lors de la comparaison des UF-RDA et UF-NRDA. En effet, 82.20% des UF-RDA sont sans emploi, alors que 33.33% des UF-NRDA sont dans le même cas. Concernant les UF-RDA, le taux d'activité lucrative (10.75%) suit dans les grandes lignes le taux d'emploi des requérants d'asile en Suisse en 2019 (9.8%). Ce chiffre, qui va en augmentation au vu du taux d'occupation de 2017 (4.9%) et de 2016 (2.5%)³³ reste encore très bas, surtout au vu de la perception de la santé qu'exprime plusieurs requérants d'asile dans l'étude de Maillefer et al. Il y a une « [...] quasi-unanimité sur l'importance d'exercer des activités quotidiennes pour se maintenir en santé physique et morale. Cet idéal contraste grandement avec leur réalité : en effet, peu d'entre eux ont la possibilité d'exercer un emploi [...] ». L'inactivité des requérants d'asile pourrait les amener à se percevoir comme en mauvaise santé et donc les amener plus souvent à consulter aux urgences. Nous pouvons également constater qu'uniquement 24.27% des UF-NRDA ont un emploi alors que le taux d'activité lucrative standardisé en Suisse en 2019 était de 68.2% selon l'Office fédéral des statistiques (OFS)³⁴. Cela souligne l'idée que l'inactivité pourrait être un facteur de risque pour devenir un UF. À noter que le taux d'activité lucrative est également abaissé chez les UF-NRDA au vu du nombre élevé de UF-NRDA à la retraite (39,21%).

Régions d'origine

Nous avons également comparé les différentes **régions d'origine** des UF et une majorité des UF-NRDA sont d'origine suisse (56.35%) alors que la majorité des UF-RDA sont originaires de l'Europe de l'Est (30.11%). Concernant les UF-RDA, nous pouvons comparer ces chiffres aux statistiques du canton de Vaud décrits pour les requérants d'asile en 2019³⁵. Concernant le continent africain, les chiffres sont plus ou moins semblables, avec 39.78% UF-RDA africains et 38.25% dans le canton de Vaud.

³² Hahn RA, Truman BI. Education Improves Public Health and Promotes Health Equity. *Int J Health Serv.* 2015;45(4):657-78.

³³ Asile.ch. [En ligne] Quelques chiffres et leur interprétation. asile.ch. 2020 [cité le 30 mai 2020]. Disponible sur: <https://asile.ch/prejuge-plus/oisivete/3-quelques-chiffres-et-leur-interpretation/>

³⁴ Office fédéral de la statistique. [En ligne] Taux d'activité standardisé - 1.4.1980-31.3.2020. Neuchâtel : OFS; 2020 [cité le 02 décembre 2020]. Disponible sur : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/activite-professionnelle-temps-travail/personnes-actives/taux-activite.assetdetail.12647229.html>

³⁵ Sem.admin.ch. [En ligne] Statistique en matière d'asile 2019. [Cité le 02 décembre 2020]. Disponible sur : <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik/archiv/2019.html>

Cependant, nous constatons une discrédance dans la population asiatique et européenne, avec 21.51% de patients UF-RDA d'origine asiatique et 41.68% parmi les requérants d'asile d'origine asiatique dans le canton de Vaud ainsi que 37.63% de UF-RDA européens et 18.11% de requérants d'asile européens dans le canton de Vaud. Une surreprésentation des requérants d'asile d'origine européenne est donc constatable parmi les UF, ce qui est confirmé par la pourcentage élevé de UF-RDA venant d'Europe de l'Est (30.11%).

Interprétation des facteurs issus des visites

Heures de consultations

Nous avons également analysé les visites des patients usagers fréquents des urgences. Tout d'abord, nous avons identifié les **heures de consultation** de ces patients et avons remarqué que les UF-RDA, une fois les variables de l'âge et du sexe ajustées, auraient moins tendance à consulter durant les heures dites non conventionnelles, c'est-à-dire entre 19h et 7h ainsi que les weekends. Ces résultats contrastent avec les résultats de Credé et al.⁹, qui avaient remarqué que les patients migrants consultaient plus fréquemment aux urgences durant les heures non conventionnelles que les patients locaux ; à noter que cette méta-analyse regroupait des études au niveau Européen. Ces propos ont été appuyés par l'étude de Clément et al.²², à Berne, qui avait également indiqué que les patients migrants se rendaient plus souvent aux urgences la nuit ou le weekend. Ils émettaient l'hypothèse que ces patients ne pouvaient pas quitter leur travail pour venir consulter et/ou que ce sont des horaires plus commodes pour eux. Si nous transposons cette remarque aux UF-RDA, ce problème se pose moins, car nous avons déjà remarqué qu'uniquement 10.75% exerçait une activité lucrative et donc, pour les personnes sans emploi ou à la retraite, le temps à disposition pour pouvoir consulter durant les heures conventionnelles est souvent plus important. De plus, les logements EVAM sont souvent en périphérie de la ville de Lausanne et, à moins d'une urgence vitale, l'hôpital serait également moins accessible au vu de la distance et du peu de transports en commun le soir ou la nuit. Il y avait également une corrélation entre l'âge et les heures de visites. En effet, plus les patients sont âgés, moins ils consulteraient en dehors des heures conventionnelles. Cela pourrait également être attribuable au fait que les patients âgés sont à la retraite, et pourraient plus facilement être disponibles durant la journée pour se rendre aux urgences.

Degré d'urgence

À leur admission, les patients des urgences sont évalués afin d'établir un **triage**, qui correspond au délai d'attente maximum que les patients peuvent attendre avant d'être pris en charge, et que nous pouvons associer au degré de gravité de leur état. Nous avons établi deux catégories afin de simplifier cette échelle de tri : urgent (tri 1 et 2) et non urgent (tri 3 et 4). De la comparaison entre UF-RDA et UF-NRDA est ressorti que les UF-RDA viendraient plus souvent pour des degrés d'urgences plus faibles que les UF-NRDA, à âge et sexe égal. Ce constat avait également été établi par Credé et al.⁹, lors de la méta-analyse comparant l'utilisation des urgences par les migrants et non migrants. Ils avaient remarqué que les migrants venaient plus souvent pour des pathologies non-urgentes. L'étude de

Norredam et al.³⁶ démontrait le même résultat, et comme évoqué plus tôt dans ce travail, ils avaient émis l’hypothèse que cela pouvait être dû à une communication difficile au vu de la langue et/ou à une méconnaissance du système de soins et de ses différentes offres. Ces propos ont également été appuyés par l’étude bernoise menée par Klingberg et al.³⁷ qui rapporte que 30.2% des patients requérants d’asile admis aux urgences avec un triage non-urgent reportaient n’avoir pas connaissance du système de santé suisse. De plus, une grande discordance entre la perception du niveau d’urgence des requérants d’asile et des médecins des urgences a été mise en avant. En effet, parmi les requérants d’asile, un tiers percevait un besoin de traitement dans l’heure, alors que les médecins attribuaient ce niveau d’urgence à seulement 11.3% des cas. Une plus petite discordance est notable parmi le groupe non requérant d’asile. L’étude de Klingberg et al. explique que les patients requérants d’asile seraient plus enclins à chercher des soins aux urgences car ils croient que leur pathologie est plus aigüe que ce qu’elle n’est réellement. Ce fait peut être mis en parallèle avec la variable « **AVPU** » qui évalue l’état de conscience du patient, et malgré le fait qu’elle ne soit pas exploitable au vu du peu de UF-RDA avec un état de conscience altéré (4 patients), nous avons pu mettre en évidence que, justement, très peu de ces patients visitent les urgences dans un état de conscience altéré, que nous pouvons définir comme urgent. Notons également que les usagers fréquents des urgences consultent aux urgences dans 81% des cas avec des pathologies que les soignants trient dans la catégorie des soins non urgents¹¹, donc une mauvaise perception de la gravité des pathologies n’est pas seulement faite par les UF-RDA mais par les UF en général.

Nous avons également constaté que le triage catégorisé urgent était plus récurrent pour des personnes âgées que pour des personnes plus jeunes, à statut et sexe égal. Cela pourrait s’expliquer par une santé se dégradant avec l’âge, des pathologies multiples et donc une nécessité de prise en charge rapide du patient. Nous pourrions également mettre en lien la variable « **provenance** » des patients avec le triage des urgences et l’AVPU. Nous n’avons pas constaté de différence significative entre les UF-RDA et UF-NRDA de par leur utilisation des transports médicalisés, la venue par leurs propres moyens ou les transferts internes. Cependant, une tendance à venir plus souvent par leurs propres moyens pour les UF-RDA est à souligner. Ceci pourrait être expliqué par leurs consultations triées comme moins urgentes et le peu de patients UF-RDA ayant un état de conscience altéré. De plus, cela pourrait également être influencé par les habitudes acquises dans leur pays natal. Nous avons également constaté une influence de l’âge sur la provenance des patients. En effet, plus ils seraient âgés, et plus ils auraient tendance à utiliser des transports médicalisés. Cela pourrait également s’expliquer par un plus grand pourcentage de triage qualifié d’urgent et une mobilisation souvent réduite des personnes âgées.

Orientation suite au triage

Quant à l’**orientation** des patients suite au triage des urgences, ils ont été catégorisés en 3 : PMU-Unisanté, urgences couchées et d’observation, ou autres. Concernant l’orientation du patient vers la PMU-Unisanté suite à l’admission aux urgences, il a été noté que les UF-RDA sont aiguillés bien plus

³⁶ Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, Bagger J, Krasnik A. Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. *Eur J Public Health*. oct 2007;17(5):497-502.

³⁷ Klingberg K, Stoller A, Müller M, Jegerlehner S, Brown AD, Exadaktylos A, et al. Asylum Seekers and Swiss Nationals with Low-Acuity Complaints: Disparities in the Perceived level of Urgency, Health Literacy and Ability to Communicate—A Cross-Sectional Survey at a Tertiary Emergency Department. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. avr 2020;17(8).

souvent vers la PMU-Unisanté que les UF-NRDA (OR de 2.68). La PMU-Unisanté étant un centre de référence pour la prise en charge de patients migrants et requérants d'asile, cela semble logique que les requérants d'asile soient plus orientés vers ce centre que les non-requérants d'asile. Si les UF-RDA sont plus aiguillés vers la PMU-Unisanté, cela soutient le fait qu'ils consultent pour des pathologies moins graves que les UF-NRDA. En effet, le même constat peut être effectué lorsque nous nous attardons sur l'orientation vers les urgences couchées et d'observation des UF : les UF-RDA semblent légèrement moins souvent orientés vers ces services que les UF-NRDA, malgré le fait que ces résultats n'indiquent pas de différence statistiquement significative. À noter que cette variable avait été ajustée avec l'âge et le sexe, mais non avec le degré de triage.

Motifs de consultation

Dans cette étude, nous nous sommes également intéressés aux différents **motifs de consultation**, catégorisés en 3 groupes : pathologies relevant de la médecine interne, de la chirurgie ou de la psychiatrie. Tout d'abord, nous avons constaté qu'il n'y a pas de différence notable de représentation des UF-RDA et UF-NRDA dans les différentes catégories. Ceci contraste avec l'étude menée par Keidar et al.¹⁸, citée précédemment, qui soulignait que les requérants d'asile avaient une plus grande proportion de consultations psychiatriques comparée au natif du pays. Cela était induit par des traumatismes subis suite à des violences, des voyages chaotiques ou des conditions de vie peu favorables qui pourraient engendrer des dépressions, des psychoses ou des troubles psychosociaux. Dans notre étude, l'odds ratio afin de comparer la proportion de consultations psychiatriques des UF-RDA et UF-NRDA est de 0.62, ce qui signifie que plus de UF-NRDA consultent pour ce motif que de UF-RDA. Ceci pourrait être nuancé par le fait que certaines pathologies psychiatriques s'exprimeraient plutôt par des troubles somatiques, ce qui dirigerait les patients vers les unités de chirurgie ou de médecine interne. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que ce n'est pas forcément le motif de consultation qui induirait une chronicisation des visites particulièrement chez les patients requérants d'asile.

Douleur

Un autre point relevé lors de l'admission aux urgences est la **douleur** ressentie, évaluée sur une échelle de 0 à 10. Nous avons regroupé ces valeurs en 3 catégories : douleurs légères, moyennes ou fortes. Aucune différence significative n'a été démontrée entre les UF-RDA et les UF-NRDA. Nous pouvons donc en déduire que la variable "douleur" n'est pas déterminante comme caractéristique différenciant les visites des requérants d'asile. À noter tout de même que la douleur des UF-RDA est significativement moins recensée par le personnel soignant que celle des UF-NRDA. Ce fait est difficilement interprétable à ce stade, il faudrait regarder les dossiers de manière plus approfondie pour en tirer des conclusions. Ceci pourrait être dû à un problème de langue, de compréhension de l'échelle de la douleur, etc. Cependant, nous avons constaté une forte influence de l'âge, avec une diminution de la douleur ressentie l'âge avançant. Une différence notable a également été reportée entre les hommes et les femmes, avec une plus grande propension des femmes à ressentir des douleurs plus élevées.

LIMITATIONS

Plusieurs limitations méthodologiques sont à prendre en compte lors de l'interprétation de ces résultats. En premier lieu, la mise en avant du statut de requérant d'asile s'est faite grâce aux données récoltées dans Axya par le personnel soignant, ce qui laisse place à des manquements possibles et il est donc possible qu'un certain nombre de statuts de requérants d'asile n'aient pas été notifiés. De plus, nous avons eu un grand pourcentage de données manquantes pour les variables de la langue parlée et de la douleur, ce qui peut biaiser nos résultats. La variable décrivant le niveau d'éducation des patients n'était que très peu remplie par les soignants. Ces données manquantes sont retrouvées parmi des variables qui relèvent des déterminants sociaux de la santé (langue et éducation), et qui seraient donc intéressantes de relever et de prendre en compte dans les soins des patients. Pour finir, une autre limitation à souligner serait les différentes variables qui dans le cadre de ce travail n'ont pas pu être exploitées : les 95 motifs de consultations que nous avons regroupé sous 3 catégories, les durées d'hospitalisations et les mots des patients qui auraient été intéressants de recouper avec les motifs de consultations et les observations indiquées par les soignants. Il serait également intéressant de savoir si un médecin, en particulier le médecin traitant, avait été sollicité avant la venue aux urgences.

CONCLUSION

Dans cette étude faite dans le service des urgences du CHUV, et dont la population cible sont les usagers fréquents des urgences, nous constatons que seulement 7,8% des UF sont des requérants d'asile, mais cela consiste en une surreprésentation comparée au pourcentage de requérants d'asile dans la population vaudoise. La population des UF-RDA peut être décrite comme plus jeune, à prédominance masculine, étant admise aux urgences dans des heures dites conventionnelles et ne consultant pas plus souvent que les UF-NRDA. Dans notre étude, une très grande majorité des UF ont un médecin traitant dans leur réseau de soins. Malgré cela, le taux de consultations par les UF-RDA chez leur médecin traitant peut être amoindri au vu des différences culturelles, ce qui les amèneraient à consulter plutôt aux urgences et cela également pour des pathologies non urgentes. Cela concorde avec l'admission aux urgences des UF-RDA avec des degrés de triage significativement moins urgent que les UF-NRDA. En effet, nous avons émis l'hypothèse que cela est dû en partie à une méconnaissance du système de santé suisse et à des habitudes issues de la manière de consulter dans leur pays d'origine. De plus, au vu du manque de maîtrise du français des UF-RDA, qui a été mis en avant dans notre étude par le haut pourcentage de langues parlées étrangères et du faible recours aux interprètes, cela peut les mener à une incompréhension de leur maladie, des possibles traitements et du suivi. Cela aboutirait à ce que les requérants d'asile viennent plus souvent aux urgences et ainsi deviennent potentiellement des usagers fréquents des urgences. À noter que les variables de la langue et de l'éducation ont un grand manque de recensement de la part du personnel soignant, alors que ce sont deux facteurs qui figurent parmi les déterminants sociaux de la santé et qui pénalisent la prise en charge des patients lorsqu'ils ne sont pas pris en considération.

REMERCIEMENTS

Pour finir, j'aimerais remercier le personnel du datawarehouse du CHUV de nous avoir aidé à récolter les différentes variables qui ont constitué notre base de données. J'aimerais également remercier Mr Aziz Chaouch, du service de consultation biostatistique d'Unisanté, qui nous a été d'une aide précieuse pour l'analyse des données.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sanchez B, Hirzel A, Bingisser R, Ciurea A, Exadaktylos A, Lehmann B et al. State of Emergency Medicine in Switzerland: a national profile of emergency departments in 2006. *International Journal of Emergency Medicine*. 2013;6(1).
2. Merçay, C.. Le recours aux services d'urgence en Suisse. Description des différences cantonales (Obsan Dossier 64). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. 2018
3. Kucera, J. Krummenacher, A.. La population de la Suisse 2016. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique ; 2017.
4. Griffini J.L, Yersin M., Baggio S., Iglesias K., Velonaki V.S., Moschetti K, Burnand B., Wasserfallen J.B., Vu F., Ansermet C., Hugli O., Daepfen J.B., Bodenmann P. (2016) Characteristics and predictors of mortality among frequent users of an emergency department in Switzerland. *European Journal of emergency medicine* (25) pp. 140-146.
5. Bieler G, Paroz S, Faouzi M, Trueb L, Vaucher P, Althaus F, et al. Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in a universal health insurance system. *Acad Emerg Med*. janv 2012;19(1):63-8.
6. Bureau lausannois de l'immigration. Déchiffrer la diversité démographique lausannoise. *Cahiers du BLI*, février 2019.
7. EVAM : Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants. [En ligne]. Foire aux questions. [Cité le 02 décembre 2020] Disponible sur : <https://www.evam.ch/faq/> .
8. Soril LJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM. Characteristics of frequent users of the emergency department in the general adult population: A systematic review of international healthcare systems. *Health Policy*. mai 2016;120(5):452-61.
9. Credé SH, Such E, Mason S. International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: a systematic review. *Eur J Public Health*. 01 2018;28(1):61-73.
10. Moe J, Kirkland SW, Rawe E, Ospina MB, Vandermeer B, Campbell S, et al. Effectiveness of Interventions to Decrease Emergency Department Visits by Adult Frequent Users: A Systematic Review. *Acad Emerg Med*. 2017;24(1):40-52.
11. Burns TR. Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis. *Int Emerg Nurs*. nov 2017;35:51-5.
12. Bodenmann P, Baggio S, Iglesias K, Althaus F, Velonaki V-S, 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*. 9 déc 2015;14:146.
13. Baggio S., Iglesias K., Hugli O., Burnand B., Ruggeri O., Wasserfallen J.B., Moschetti K., Staeger P., Alary S., Canepa Allen M., Daepfen J.B., Bodenmann P. (2017) Associations Between Perceived Discrimination And Health Status Among Frequent Emergency Department Users. *European Journal of Emergency Medicine* (24). pp. 136-141
14. 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).
15. Office fédérale de la santé publique OFSP. Soins médicaux pour les requérants d'asile dans les centres de la Confédération et les centres d'hébergement collectif cantonaux. Berne; 2017.
16. Müller M, Klingberg K, Srivastava D, Exadaktylos AK. Consultations by Asylum Seekers: Recent Trends in the Emergency Department of a Swiss University Hospital. *PLoS ONE*. 2016;11(5):e0155423.
17. Keidar O, Srivastava DS, Pikoulis E, Exadaktylos AK. Health of Refugees and Migrants-Where Do We Stand and What Directions Should We Take? *Int J Environ Res Public Health*. 12 2019;16(8)
18. Pfortmueller CA, Stotz M, Lindner G, Müller T, Rodondi N, Exadaktylos AK. Multimorbidity in Adult Asylum Seekers: A First Overview. *PLoS One*. 20 déc 2013;8(12).
19. Organisation mondiale de la Santé [En ligne]. Bureaux régionaux de l'OMS [cité le 02 décembre 2020]. Disponible sur: <http://origin.who.int/about/regions/fr/>
20. Clément N, Businger A, Martinolli L, Zimmermann H, Exadaktylos AK. Referral practice among Swiss and non-Swiss walk-in patients in an urban surgical emergency department. *Swiss Med Wkly*. 2010;140:w13089.

21. Rutschmann OT, Hugli OW, Marti C, Groscurin O, Geissbuhler A, Kossovsky M, et al. Reliability of the revised Swiss Emergency Triage Scale: a computer simulation study. *Eur J Emerg Med.* août 2018;25(4):264-9.
22. Bodian CA, Freedman G, Hossain S, Eisenkraft JB, Beilin Y. The visual analog scale for pain: clinical significance in postoperative patients. *Anesthesiology.* déc 2001;95(6):1356-61.
23. STATISTIQUE VAUD, Département des finances et des relations extérieures [En ligne] Requérants d'asile par statut, Vaud, 1994-2019. Lausanne ;2020 [cité le 02 décembre 2020]. Disponible sur : <http://www.stat.vd.ch/Default.aspx?DocId=5252&DomId=1957>
24. STATISTIQUE VAUD, département des finances et des relations extérieures [En ligne] Chiffres-clés annuels de la population, 1981-2019 [en ligne]. Lausanne; 2020 [cité le 02 décembre 2020]. Disponible sur : <http://www.scris.vd.ch/Default.aspx?DocId=6808>
25. Spycher J, Marti J, Bize R. 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 de réalisation. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2019 (Raisons de santé 000).1
26. Office fédéral de la statistique [En ligne] Age moyen de la population résidante permanente selon la catégorie de nationalité, le sexe et le canton, 2010-2018. OFS: Neuchâtel; 2020 [cité le 02 décembre 2020]. Disponible sur : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/effectif-evolution/age-etat-civil-nationalite.assetdetail.9466663.html>
27. Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callahan ML. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med.* juill 2006;48(1):1-8.
28. Maillefer F, Bovet É, Jatou L, Bodenmann P, Ninane F. Facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins chez les requérants d'asile du canton de Vaud en Suisse et recommandations. *Recherche en soins infirmiers.* 24 juill 2019;N° 137(2):26-40.
29. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health.* 25 mars 2011;11:187.
30. Brandenberger J, Tylleskär T, Sontag K, Peterhans B, Ritz N. A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries - the 3C model. *BMC Public Health.* 14 juin 2019;19(1):755.
31. Leclerc A, Kaminski M, Lang T. [Closing the gap in a generation: the WHO report on social determinants of health]. *Rev Epidemiol Sante Publique.* Août 2009;57(4):227-30.
32. Hahn RA, Truman BI. Education Improves Public Health and Promotes Health Equity. *Int J Health Serv.* 2015;45(4):657-78.
33. Asile.ch. [En ligne] Quelques chiffres et leur interprétation. [cité le 02 décembre 2020]. Disponible sur: <https://asile.ch/prejuge-plus/oisivete/3-quelques-chiffres-et-leur-interpretation/>
34. Office fédéral de la statistique. [En ligne] Taux d'activité standardisé - 1.4.1980-31.3.2020. Neuchâtel : OFS; 2020 [cité le 02 décembre 2020]. Disponible sur : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/activite-professionnelle-temps-travail/personnes-actives/taux-activite.assetdetail.12647229.html>
35. Sem.admin.ch. [En ligne] Statistique en matière d'asile 2019. [cité le 02 décembre 2020]. Disponible sur : <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik/archiv/2019.html>
36. Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, Bagger J, Krasnik A. Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. *Eur J Public Health.* oct 2007;17(5):497-502.
37. Klingberg K, Stoller A, Müller M, Jegerlehner S, Brown AD, Exadaktylos A, et al. Asylum Seekers and Swiss Nationals with Low-Acuity Complaints: Disparities in the Perceived level of Urgency, Health Literacy and Ability to Communicate—A Cross-Sectional Survey at a Tertiary Emergency Department. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. avr 2020;17(8).

ANNEXE 1 : NATIONALITÉS

- **Suisse** (662)
- **OCDE SANS LA SUISSE** : Allemagne (1), Australie (1), Belgique (3), Canada (1), Chili (4), Espagne (37), France (60), Hongrie (1), Irlande (1), Italie (137), Pologne (1), Portugal (82), Royaume-Uni (5), République Slovaque (3), Suède (2), Turquie (14), Etats-Unis (3)
- **Europe de l'est hors OCDE** : Monténégro (2), Serbie (18), Kosovo (30), Géorgie (11), Bosnie Herzégovine (8), Macédoine (12), Roumanie (16), Ukraine (2), Moldova (1), Lituanie (1), Albanie (5), Yougoslavie (2), Bulgarie (2)
- **Asie** : Arménie (10), Sri Lanka (10), Russie (2), Afghanistan (13), Mongolie (1), Chine (2), Inde (2), Philippines (1)
- **Amérique du Sud/centrale** : Colombie (2), Venezuela (2), Equateur (5), Pérou (3), Brésil (9), République Dominicaine (2), Panama (2), Haïti (1), Paraguay (2), Uruguay (1), Bolivie (1)
- **Afrique du Nord** : Algérie (18), Tunisie (8), Maroc (10), Soudan (1), Libye (2), Egypte (1)
- **Afrique de l'est** : Ethiopie (3), Erythrée (17), Somalie (15)
- **Afrique de l'ouest** : Ghana (3), Guinée Bissau (3), Gambie (2), Nigéria (3), Sénégal (1), Côte d'Ivoire (1)
- **Afrique centrale** : Congo (17), Angola (1), Cameroun (8)
- **Moyen Orient** : Syrie (10), Egypte, Iraq (5), Liban (2), Iran (3), Palestine (1), Jordanie (2)

ANNEXE 2 : RÉGIONS OMS ¹⁹

- Groupe 1 : **Région africaine** : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cap vert, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée Equatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, île Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Sud Soudan, Swaziland, Togo, Tchad, Zambie, Zimbabwe,
- Groupe 2 : **Région des Amériques** : Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, Equateur, El Salvador, États-unis d'Amérique, Grenade, Guatemala, Guyane, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République Dominicaine, Sanit-Kitts -et- Nevis, Sainte Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela
- Groupe 3 : **Région de méditerranée orientale** : Afghanistan, Arabie Saoudite, Bahreïn, Djibouti, Égypte, Emirats arabes unis, Iran, Iraq, Lybie, Jordanie, Koweït, Liban, Maroc, Oman, Pakistan, Qatar, République arabe syrienne, Somalie, Soudan, Tunisie, Yemen
- Groupe 4 : **région européenne** : Albanie, Allemagne, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Bélarus, Belgique, Bosnie Herzégovine, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Ex-république yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Monténégro, Norvège, Ouzbékistan, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Moldavie, République tchèque, Roumanie, République de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Saint-Marin, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie, Ukraine
- Groupe 5 : **région de l'Asie du Sud-est** : Bangladesh, Bhoutan, Corée, Inde, Indonésie, Maldives, Myanmar, Népal, Sri Lanka, Thaïlande, Timor-Leste
- Groupe 6 : **Région de Pacifique occidental** : Australie, Bruné Darussalam, Cambodge, Chine, Fidji, îles Cook, îles Marshall, îles Salomon, Japon, Kiribati, Malaisie, Micronésie, Mongolie, Nauru, Nioué, Nouvelle Zélande, Palaos, Papouasie Nouvelle Guinée, Philippines, République démocratique populaire lao, Samoa, Singapour, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam

ANNEXE 3 : MOTIFS DE CONSULTATION

Motifs chirurgicaux :

- Affection testiculaire, pénienne
- Affection anale
- Brûlures
- Céphalées violentes ou inhabituelles
- Cervicalgies, dorsalgies, lombalgies
- Coma
- Douleurs abdominales
- Douleurs anales
- Douleurs inguinales
- Geste technique
- Hématémèse, méléna
- Hématochésie
- Hématurie macroscopique
- Incontinence urinaire
- Ingestion, inhalation, exposition à un toxique
- Névralgies
- Paralysie, parésie, paresthésie, aphasie, dysarthrie, amnésie
- Plaie profonde
- Plaie superficielle
- Polytraumatisme
- Tr. de l'équilibre, vertiges, diplopie, amputation du champ visuel
- Traumatisme abdominal
- Traumatisme crânien avec PC et/ou amnésie
- Traumatisme crânien sans PC ni amnésie
- Traumatisme d'un membre
- Traumatisme du bassin
- Traumatisme du rachis avec déficit
- Traumatisme du rachis sans déficit
- Traumatisme maxillo-facial et/ou du cou
- Traumatisme, contusion thoracique
- Trouble de l'état de conscience d'origine indéterminée

Motifs de médecine interne

- Affection génitale
- Affection ORL
- Affection, infection cutanée et/ou tissus mous
- Arthralgies
- Baisse de l'état général
- Bradycardie
- Bradypnée
- Brûlures mictionnelles, pollakiurie
- Céphalées légères ou chroniques
- Chute à répétition chez la personne âgée
- Confusion
- Conseil, attestation, ordonnance
- Constat de coup
- Constipation
- Consultation programmée
- Convulsion en cours ou récente
- Demande d'examen
- Diarrhées
- Difficultés alimentaires
- Douleur et/ou œdème d'un membre
- Douleur loge rénale
- Douleur thoracique
- Douleurs pelviennes
- Dyspnée, tachypnée, désaturation
- Epigastralgies
- Epistaxis
- Examens paracliniques perturbés
- Fatigue, insomnie
- Fièvre
- Fièvre de retour de voyage
- Hémoptysie
- Hyper-, hypoglycémie
- Hypertension
- Hypotension
- Malaise avec PC
- Malaise sans PC
- Mouvements involontaires
- Myalgies

- Nausées, vomissements
- Palpitations
- Polyurie, polydipsie
- Problème dentaire
- Problème ophtalmologique
- Prophylaxie post exposition (PEP)
- Réaction allergique
- Régurgitations
- Saignement vaginal
- Suite d'hospitalisation
- Syndrome grippal
- Tachycardie
- Toux, expectorations
- Vertiges rotatoires (suspicion d'origine périphérique)

Motifs psychiatriques :

- Abus de drogues
- Abus, intoxication alcoolique
- Abus, intoxication médicamenteuse
- Agitation, agressivité
- Anxiété, dépression
- Crise d'angoisse, idéation suicidaire, mutisme
- Demande de sevrage
- Hallucinations
- Hospitalisation sociale
- Symptômes de sevrage
- Trouble cognitif
- Trouble du comportement
- Trouble du comportement alimentaire