



SCHWEIZERISCHE EIDGENOSSENSCHAFT
CONFÉDÉRATION SUISSE
CONFEDERAZIONE SVIZZERA
CONFEDERAZIUN SVIZRA

UNIVERSITÄT BASEL
INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT



"A - Care"

Soins médicaux et frais de santé des requérants d'asile à Bâle

Alexander Bischoff
Ludwig T. Heuss
Elisabeth Kurth
Sven Hoffmann
Martin Schneider

Etude à l'attention de
l'Office fédéral des migrations

Bâle, en décembre 2005

Impressum

Office fédéral des migrations
Quellenweg 6
3003 Berne - Wabern
www.odm.admin.ch
ODM No. E505-0211

Département des affaires économiques
et sociales du canton de Bâle-Ville
Coordination asile
Grenzacherstrasse 62
4005 Basel

Institut pour la science des soins infirmiers
Université de Bâle
Bernoullistrasse 28
4056 Bâle
<http://nursing.unibas.ch>



Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement EJPD
Bundesamt für Migration BFM

L'accès aux soins médicaux des requérants d'asile à Bâle-Ville

Alexander Bischoff, Ludwig T. Heuss, Elisabeth Kurth, Sven Hoffmann, Martin Schneider de l'Institut für Pflegewissenschaft (Institut pour la science des soins infirmiers) de l'Université de Bâle et de l'Hôpital universitaire de Bâle

En 2000, l'Hôpital universitaire de Bâle en collaboration avec le Département des affaires économiques et sociales a créé un nouveau modèle de soins médicaux et d'assurance destiné aux requérants d'asile. Près d'un millier de demandeurs d'asile ont été assurés selon ce modèle nommé A-Care. Leur état de santé, les soins qu'ils ont reçu et les coûts de ceux-ci ont été documentés. Sur mandat de l'Office fédéral des réfugiés à l'époque et aujourd'hui l'Office fédéral des migrations, une équipe de spécialistes de l'Université de Bâle a évalué ces données. Le présent rapport présente un bref aperçu des principaux résultats.

Dans la première partie, nous examinerons les facteurs liés à la politique de l'asile et à celle de la santé qui ont débouché sur la création du modèle A-Care. Après une brève description de la méthode suivie lors de l'évaluation des données A-Care, les principaux résultats seront présentés. Ces résultats comprennent deux parties : une évaluation statistique des données concernant les diagnostics, les soins médicaux prodigués et leurs coûts et, sur cette base, une analyse des principaux facteurs ayant influencé l'encadrement médical de ce groupe de patients. Dans la dernière partie, nous nous pencherons sur la question de l'intérêt de nos conclusions quant aux soins médicaux prodigués à l'avenir aux requérants d'asile.

1. Introduction

La politique de l'asile au niveau national

A la fin des années 90, les demandes d'asile ont soudainement augmenté en raison des conflits dans les Balkans, ce qui a entraîné un accroissement des dépenses publiques dans le domaine de l'asile. Afin de réduire ces coûts, une nouvelle réglementation concernant le financement de ce secteur a été créée à l'échelon fédéral. La Confédération continue de rembourser aux cantons les frais découlant des prestations d'assistance et des soins médicaux, mais ne rembourse les cotisations de caisse maladie qu'à la condition qu'ils limitent le choix des prestataires pour les personnes relevant du domaine de l'asile (art. 26 de l'Ordonnance 2 du 11 août 1999 sur l'asile). Cette mesure devrait garantir aux personnes concernées un accès efficace et bon marché au système de santé suisse. Dans le même temps, un contrôle de l'accès aux soins médicaux prévoyant des restrictions dans le choix des prestataires a été introduit.

conflits dans les Balkans

augmentation des demandes d'asile

nouvelle ordonnance sur l'asile

soins médicaux bon marché



La situation à Bâle-Ville

réglementation cantonale Afin de se conformer à cette nouvelle réglementation, le canton de Bâle-Ville a décidé d'attribuer les requérants nécessitant des soins médicaux à un cabinet HMO. Le principe de base d'une HMO (Health Maintenance Organisation) est le suivant : les prestataires de soins sont récompensés si leurs patients restent en bonne santé et, par conséquent, ont recours à moins de prestations. A cette fin, les médecins HMO sont contractuellement intéressés au succès économique ou au risque de l'entreprise d'assurance. Pour leur part, les assurés HMO sont tenus de consulter leur médecin HMO en cas de maladie. A Bâle-Ville, une HMO, administrée par la caisse maladie ÖKK, a été chargée du suivi des requérants d'asile à partir du 1^{er} janvier 2000.

cabinet HMO

Nouveau modèle de soins à l'Hôpital universitaire de Bâle

création d'un modèle HMO propre à l'hôpital Avant la création de ce modèle, l'Hôpital universitaire de Bâle s'est chargé de l'encadrement médical de la plus grande partie des requérants d'asile domiciliés dans le canton. Afin que l'Hôpital puisse partiellement continuer de s'occuper de ces patients, la direction de la polyclinique universitaire a élaboré un projet HMO spécifique à leur structure. Ce projet, nommé A-Care, prévoyait que des médecins désignés de la polyclinique universitaire fourniraient l'assistance médicale de base et joueraient en même temps le rôle de *gatekeeper* (« portier ») régulant l'accès aux spécialistes internes ou externes. Ce modèle comprenait également la Clinique gynécologique qui assurait le suivi gynécologique et obstétrique des patientes requérantes d'asile. Les pédiatres étaient les seuls spécialistes que les demandeurs d'asile pouvaient consulter directement.

polyclinique chargée de la régulation de l'accès

gynécologie et pédiatrie

système de financement avec forfaits annuels Le modèle de financement par individu (*capitation*), courant dans le domaine HMO, a été choisi. Selon ce système, l'assureur maladie verse un forfait annuel par assuré aux prestataires compétents. Les finances et les données concernant les patients ont été gérées par le service de facturation et de gestion des dossiers de patients de l'Hôpital universitaire de Bâle.

affectation au fournisseur de prestations

Au 1^{er} janvier 2000, les autorités cantonales ont assigné la moitié des requérants d'asile de Bâle-Ville au nouveau modèle HMO A-Care. L'autre moitié a été affectée au cabinet HMO de l'ÖKK cité plus haut. La répartition des patients se faisait de manière aléatoire.

chaîne des soins dans le modèle A-Care

La particularité du modèle HMO de l'Hôpital universitaire de Bâle résidait dans le fait qu'il ne se limitait pas au traitement ambulatoire des patients mais assurait toute la chaîne des soins, de l'assistance de base au traitement stationnaire au sein de l'Hôpital universitaire. C'est pourquoi il a été possible, peut-être pour la première fois en Suisse, de recueillir des données détaillées concernant l'assistance médicale des demandeurs d'asile.

évaluation sur mandat de l'Office fédéral des réfugiés

A la fin 2003, lorsque le modèle A-Care a été abandonné, suite à la dénonciation du contrat par l'hôpital universitaire, l'Office fédéral des réfugiés a chargé une équipe de recherche, formée de spécialistes en médecine et en soins infirmiers, d'évaluer ces données.



2. Evaluation du modèle A-Care

Les objectifs de l'évaluation étaient d'étudier la fréquence de certaines maladies, de déterminer le volume des prestations et des coûts médicaux ainsi que d'estimer l'influence des facteurs psychosociaux et des problèmes de communication.

objectifs de l'évaluation

L'évaluation s'est fondée sur les données saisies dans la banque de données de l'hôpital (identité, assurance, diagnostics, prestations médicales, coûts médicaux) et les documents figurant dans les dossiers des patients (rapports de suivi médical, rapports finaux, résultats d'analyses, certificats médicaux, correspondance avec les autorités.). De plus, l'Office fédéral des réfugiés a fourni des informations anonymisées concernant les origines des assurés A-Care et la procédure d'asile.

source des informations :
banque de données

documents figurant dans les dossiers des patients

données concernant la procédure d'asile

Le groupe témoin était constitué de patients non requérants d'asile ayant, entre 2000 et 2003, consulté la policlinique universitaire à titre de médecin de famille. Afin d'obtenir un groupe comparable du point de vue du statut socio-économique, seuls les patients dépendant de l'aide sociale étaient pris en considération dans le cadre de l'étude.

groupe témoin

patients dépendant de l'aide sociale

La Commission d'éthique de Bâle-Ville et Bâle-Campagne a approuvé le projet de recherche. Les patients étant restés anonymes, le principe de la protection des données a été respecté.

Commission d'éthique protection des données

3. Evaluation statistique concernant la fréquence de certaines maladies, les prestations médicales et les coûts

Données démographiques

Du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2003, 979 personnes étaient assurées dans le cadre du modèle A-Care. La répartition des assurés par tranches d'âge montre que ce sont surtout les jeunes qui demandent l'asile. 35% d'entre eux ont moins de 18 ans, ce qui représente plus d'un tiers. On constate également une concentration de requérants âgés de 18 à 25 ans; ils constituent 24% des assurés. L'âge moyen de l'ensemble des assurés est de 26,8 ans. Les personnes âgées ne sont presque pas représentées. Le taux de personnes de plus de 60 ans s'élève à 2%.

répartition des assurés A-Care par tranches d'âge

une majorité de moins de 25 ans



région d'origine	femmes >18 ans	hommes > 18 ans	enfants <18 ans	total personnes
Afrique (subsaharienne)	27	48	36	111 (11%)
Balkans ¹	123	198	215	536 (55%)
Amérique latine	3	1	1	5 (0,5%)
Proche et Moyen-Orient, Afrique du Nord ²	36	93	36	165 (17%)
Europe de l'Est	18	25	19	62 (6%)
Asie du Sud-est	22	34	22	78 (8%)
apatrides ou origines inconnues	2	11	9	22 (2%)
total	231	410	338	979 (100%)

Tableau 1: données démographiques concernant l'âge, le sexe et les origines des patients A-Care (n=979)

une majorité d'hommes

Parmi les adultes, les hommes sont plus nombreux que les femmes. La répartition est plus équilibrée chez les enfants et jeunes de moins de 18 ans.

les régions d'origines correspondent aux régions de crise

La répartition par pays d'origine met en exergue la crise politique qu'ont connue ces régions durant les années 2000 à 2003. La grande majorité des assurés A-Care étaient des ressortissants de la Serbie et Monténégro (434); les autres venaient de la Turquie (63), la Bosnie-Herzégovine (60) et l'Irak (48).

Diagnostiques et maladies

nombreux cas de blessures

maladies de l'appareil locomoteur et du système digestif

peu de maladies infectieuses ou tropicales

douleurs et troubles du sommeil

Dans le **domaine médico-chirurgical**, il a été possible, grâce aux diagnostics codés par voie électronique (au format ICD-10), d'étudier quelles maladies ont été diagnostiquées le plus souvent chez les patients requérants d'asile. Dans 172 cas, il s'agissait essentiellement de blessures, puis de maladies de l'appareil locomoteur (77 cas) et du système digestif (73 cas). Les maladies infectieuses ou tropicales étaient plus rares (48 cas). Etonnamment, les maladies infectieuses graves, telles que la tuberculose (6 cas) ou le HIV/SIDA (3 cas), n'ont été que rarement diagnostiquées. La banque de données n'enregistrait pas la malaria ni l'hépatite B. Il convient de souligner que les diagnostics saisis permettent certes d'obtenir une vue d'ensemble de la situation, mais comportent moins de détails que les dossiers des patients. Selon les précisions figurant aux dossiers, de nombreux patients demandeurs d'asile se plaignent de douleurs (principalement céphalées et douleurs dorsales) et de troubles du sommeil.

¹ La région des Balkans comprend la Serbie/Monténégro (y compris le Kosovo), la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, la Macédoine et l'Albanie.

² La région Proche-Orient, Moyen Orient et Afrique du Nord comprend la Turquie, l'Irak, l'Afghanistan, le Pakistan, l'Iran, la Lybie, l'Azerbaïdjan, la Syrie, la Tunisie, l'Algérie, le Kazakhstan, le Liban et le Maroc



Pour les patientes de la Clinique gynécologique, les diagnostics ont été établis à partir des dossiers médicaux. Au total, 88 patientes A-Care ont été soignées à la Clinique gynécologique. La majorité d'entre elles étant jeunes et en âge de procréer (âge moyen : 27,9 ans), leurs préoccupations concernaient surtout le planning familial. Le moyen de contraception le plus souvent appliqué était la spirale et en second lieu la pilule contraceptive. En matière de **gynécologie**, les affections les plus fréquentes étaient les infections du système urogénital (33 cas), suivies des douleurs du bas-ventre (20), des grossesses non désirées avec interruption de grossesse (18), des règles douloureuses (8) et des fausses couches (7). Les dossiers indiquaient également que 8 patientes avaient été victimes d'un viol.

contraception

intervention la plus fréquente : interruption de grossesse

Dans le domaine de **l'obstétrique**, 46 naissances ont été enregistrées, dont 14 par accouchement provoqué. Le taux de césarienne s'est élevé à 24%. A une exception près, les nouveau-nés présentaient tous un poids normal. En moyenne, les migrantes ont eu un à deux enfants. Certaines patientes présentaient un état d'épuisement.

naissances

nombre d'enfants

A la **policlinique psychiatrique**, les diagnostics ont également été recensés à l'aide des dossiers des patients. Pour 16% de l'ensemble des assurés A-Care, des troubles psychiatriques ont été détectés (157 cas). Le plus souvent, il s'agissait de troubles dépressifs (66 cas), venaient ensuite les états de stress post-traumatique (ESPT) (49 cas) et les abus d'alcool et de drogue (11 cas). Quelques patients souffraient de maladies schizophréniques (4 cas).

troubles dépressifs

état de stress post-traumatique

Au vu de ce qui précède, il convient de conclure que les affections les plus souvent diagnostiquées chez les requérants d'asile assurés dans le système A-Care sont les blessures et les maladies psychiques. Lorsque l'on analyse les maladies typiques des requérants d'asile, force est de constater qu'ils souffrent le plus souvent de maladies psychiques et de réactions au stress. Nous reviendrons sur ce thème de manière plus approfondie dans le chapitre portant sur la charge psychosociale.

symptômes caractéristiques des requérants d'asile

maladies psychiques

Prestations médicales et coûts de la santé

795 (81%) des 979 personnes assurées dans le système A-Care ont eu recours à des prestations médicales. 184 (19%) ne les ont pas sollicitées. La plupart des patients ont été soignés par le personnel de la policlinique médicale de l'Hôpital universitaire (487 personnes), comme prévu dans le modèle A-Care. Au besoin, les médecins de la policlinique médicale, dont le rôle est également de réguler l'accès aux spécialistes, dirigeaient les patients vers d'autres services médicaux. 191 patients ont dû être hospitalisés, 157 ont été traités psychiatriquement et 88 patientes ont été soignées à la clinique gynécologique. Une partie des soins ont été prodigués par des services externes à l'hôpital.

bénéficiaires de prestations

prestataires

Le tableau ci-dessous présente les coûts par catégorie de prestations.

coûts par tranche d'âge



tranche d'âge		médecin, ambula- toire	hôpital, ambula- toire	hôpital, station- naire	médica- ments	autres prestations	total
<18 ans	n	282	282	282	282	282	
	moyenne	528,96	186,15	138,16	354,59	1302,73	2510,59
	médiane	228,28	0,00	0,00	131,25	295,05	654,58
18-25 ans	n	181	181	181	181	181	
	moyenne	860,83	2648,88	1039,07	620,90	554,73	5724,41
	médiane	289,80	339,05	0,00	105,15	0,00	734,00
26-59 ans	n	318	318	318	318	318	
	moyenne	1533,13	3416,57	1665,38	1566,63	827,43	9009,14
	médiane	607,35	576,67	7,80	215,40	0,00	1407,22
>60 ans	n	13	13	13	13	13	
	moyenne	2702,37	6960,37	6729,57	4958,64	5938,52	27289,47
	médiane	1560,00	2410,20	117,00	4688,90	1795,60	10571,70

Tableau 2: coûts moyens annuels par patient A-Care, selon la tranche d'âge et le type de prestations, en CHF (n=794)

Remarque: les données étant réparties de manière hétérogène, nous indiquons, dans les tableaux, la moyenne (somme de toutes les valeurs divisée par le nombre de valeurs) ainsi que la médiane (valeur centrale, autour de laquelle les valeurs étudiées se répartissent également). La moyenne est plus fortement influencée par quelques rares valeurs élevées que la médiane et peut, par conséquent, donner lieu à des surestimations.

corrélation
âge-coûts de
la santé

Comme on pouvait s'y attendre, les dépenses liées à la santé augmentent avec l'âge des assurés. Sur le plan statistique, cette corrélation est significative. D'après les données analysées, les patients A-Care plus âgés font en moyenne l'objet de plus nombreux diagnostics, ce qui laisse supposer que leur état de santé est moins bon et que, par conséquent, ils ont plus souvent recours à des prestations médicales.

frais de santé
plus élevé
pour les fem-
mes

Le sexe du patient a également une grande influence sur le montant des dépenses. Selon les statistiques, les coûts liés à la santé sont significativement plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Les frais mensuels moyens se montent à 279 francs pour les femmes contre 197 francs pour les hommes. Cette différence est due en grande partie aux coûts liés au planning familial, aux accouchements et aux conséquences de la violence à caractère sexuel.

variation des
coûts de la
santé selon les
régions d'ori-
gines

La région d'origine constituait également un facteur lié connexe aux dépenses de santé. Les frais médicaux mensuels les plus élevés concernaient les requérants d'asile apatrides ou dont l'origine est inconnue (moyenne : 365 francs), puis les ressortissants du Proche-Orient et du Moyen-Orient (286 francs). Les requérants d'asile originaires d'Amérique latine ont engendré le moins de frais médicaux (142 francs). Les dépenses occasionnées par les ressortissants du groupe le plus important, soit les personnes originaires des Balkans, se situaient dans la moyenne (223 francs).



Selon les comparaisons statistiques, les dépenses médianes divergent selon l'origine des requérants. Toutefois, le nombre restreint des cas rend parfois l'interprétation difficile (voir également le tableau 1). De plus, la représentation en fonction de l'âge est différente selon les régions de provenance, mais cela ne suffit pas à expliquer les disparités relevées par les statistiques.

Il est possible d'évaluer l'influence commune des facteurs âge, origines et sexe sur l'ensemble des prestations médicales grâce à une régression multiple. Le nombre de prestations fournies par mois dépend de l'âge (2,23 francs d'augmentation par année d'âge, 95%-intervalle de confiance 0,23–8,98). Le calcul de la régression multiple ($p=0,59$) ne comprend pas l'influence des facteurs origines et sexe sur le volume de soins requis. Le sexe des patients a un impact mais il n'atteint pas le seuil de signification ($p=0,08$).

L'âge influence plus fortement les coûts de santé que le sexe ou l'origine.

Nous nous sommes également demandé dans quelle mesure les différentes maladies sont liées au volume des frais. L'étude a montré que les dépenses de santé mensuelles étaient nettement plus élevées chez les personnes souffrant de troubles psychiques que chez les autres patients (370 francs contre 89 francs).

coûts de santé plus élevés en cas de maladies psychiques

Comparaison des coûts avec un groupe de patients ne relevant pas du domaine de l'asile

Les frais médicaux des patients A-Care sont-ils plus élevés ou plus bas que ceux du groupe témoin ? Afin de répondre à cette question, les frais de santé des patients dépendant de l'aide sociale et ayant consulté la polyclinique médicale pour des soins généraux entre 2000 et 2003 ont été additionnés. Ce groupe témoin est constitué des 172 patients. Ils sont en moyenne plus âgés que les requérants d'asile (médiane 52 ans contre 27 chez les requérants) et la durée moyenne de leurs traitements est plus longue que celle des patients demandeurs d'asile (médiane 40 mois contre 8 mois). Près de la moitié des patients du groupe témoin sont d'origine étrangère (44%).

groupe témoin

moyenne d'âge plus élevée

Le tableau 3 présente une comparaison des coûts de santé des patients des deux groupes :

tranche d'âge		groupe témoin de la polyclinique universitaire	requérants d'asile, patients de la polyclinique universitaire
18-25 ans	n	3	176
	moyenne	3495,07	333,98
	médiane	3351,13	144,15
26-59 ans	n	117	302
	moyenne	1010,18	474,15
	médiane	458,87	204,02
>60 ans	n	53	12
	moyenne	631,10	610,80
	médiane	330,09	402,63

Tableau 3: coûts de santé mensuels des patients requérants d'asile et d'un groupe témoin



coûts de santé plus élevés chez le groupe témoin

Les coûts moyens par mois sont plus élevés chez le groupe témoin que chez les patients demandeurs d'asile. Les dépenses des deux groupes se rapprochent avec l'augmentation de l'âge des patients. L'analyse multivariée montre que les dépenses mensuelles pour les requérants d'asile restent basses tandis que l'âge perd de sa signification statistique.

diagnostics fréquents chez le groupe témoin

L'analyse des diagnostics révèle que les patients du groupe témoin souffrent plus fréquemment de maladies cardio-vasculaires (18%) que les patients demandeurs d'asile (2,8%), ce qui était prévisible en raison de la différence d'âge. En revanche, les requérants d'asile ont une plus forte tendance à se blesser. Quant aux maladies psychiques, il n'est pas possible d'effectuer une comparaison car, pour le groupe témoin, seuls les diagnostics saisis électroniquement sont disponibles, alors que les maladies psychiques sont en général consignées dans les dossiers des patients.

Les coûts de santé des patients requérants d'asile sont-ils plus bas que prévu ?

Les caisses maladies évaluent les frais médicaux selon un autre système.

Les résultats démontrant que les requérants d'asile génèrent moins de coûts dans le domaine de la santé que les personnes du groupe témoin sont surprenants. Ils contredisent les évaluations des caisses maladies selon lesquelles les demandeurs d'asile causeraient plus de dépenses que les autres assurés du même âge. Cette divergence peut s'expliquer par le fait que les caisses maladies prennent en compte tous les assurés, qu'ils soient malades ou en bonne santé. La présente étude, en revanche, ne considère que les assurés qui ont eu recours à des prestations médicales. Par ailleurs, la comparaison des coûts incluait également des demandeurs d'asile qui, hormis l'examen sanitaire d'admission, n'avaient recouru à aucune prestation de santé. Ces facteurs pourraient avoir conduit à une certaine sous-estimation des frais engendrés par les patients requérants d'asile qui, tombés malades, ont eu recours à des traitements.

4. Facteurs exerçant une influence sur les soins médicaux prodigués aux requérants d'asile

Afin de procéder à une étude nuancée des raisons de l'état de santé et de la situation médicale des patients demandeurs d'asile, nous avons procédé à l'analyse de divers documents figurant dans les dossiers des patients. 538 dossiers ont été passés en revue manuellement et le contenu des documents présentant de l'intérêt pour notre étude (rapports de suivi médical, rapport finaux, résultats d'analyses, certificats médicaux, correspondance avec les autorités) a été évalué.

Influence de facteurs psychosociaux sur la santé et les soins médicaux

facteurs liés au passé, au présent et au futur

Dans les documents analysés, la situation psychosociale des patients requérants d'asile a souvent été abordée. Les médecins traitants décrivent plusieurs facteurs caractéristiques de cette population. Les requérants d'asile se trouvent face à des problèmes spécifiques liés à leur passé, leur



présent et à leur avenir, que les médecins ne rencontrent que rarement chez les patients autochtones. L'illustration ci-dessous présente ces facteurs dans la partie supérieure.

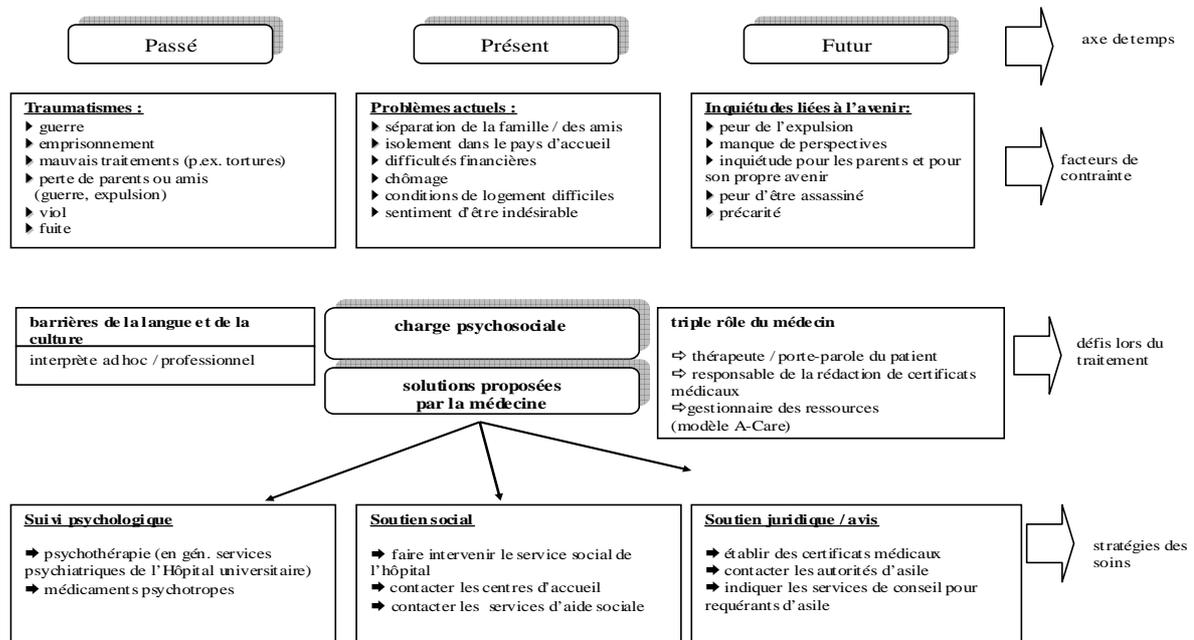


Illustration 1: aspects de la problématique psychosociale dans l'encadrement de patients requérants d'asile

La citation ci-dessous, tirée de l'un des dossiers étudiés, montre que les causes de la souffrance des requérants sont la plupart du temps multiples. « La patiente a trois enfants ; son mari a été assassiné lors d'une attaque rebelle ; la patiente a trouvé refuge en Suisse avec son plus jeune enfant ; elle n'a aucun contact avec ses deux filles aînées restées en Angola sous la garde d'une connaissance. » (tiré d'un rapport des services psychiatriques)

Cette patiente doit d'une part faire face au traumatisme occasionné par la perte de son mari et d'autre part à la séparation de deux de ses enfants. A cela s'ajoutent les défis quotidiens d'une mère célibataire. Dans ce contexte, des facteurs liés à l'avenir et au présent s'additionnent. Dans de nombreux dossiers, l'incertitude concernant l'avenir est mentionnée comme un aspect important.

cumulation de différents facteurs

« La patiente déclare qu'en mars, elle a été violée à plusieurs reprises par les forces armées. Suite à ce drame, elle a fui avec sa famille. ... Après le rejet de sa demande d'asile et à l'approche de son expulsion, ses troubles psychiques se sont aggravés. La patiente paraît angoissée, agitée, ses gestes sont saccadés. Elle raconte des flash-backs qui lui viennent surtout le soir. Elle souffre de cauchemars et de troubles du sommeil. Elle ne pense à se suicider. » (tiré d'un rapport de sortie du centre d'intervention de crise de l'Hôpital universitaire)



interaction entre la pres- sion sociale et les maladies	<p>Cet exemple montre comment plusieurs facteurs psychosociaux associés peuvent engendrer des symptômes nécessitant des soins médicaux. Dans les dossiers des patients requérants d'asile, de tels processus sont souvent décrits. Les médecins traitants constatent une interaction entre la pression sociale et les maladies psychiques ou psychosomatiques. Afin d'augmenter les chances de réussite, ils tiennent compte des facteurs psychosociaux lors du traitement. D'après notre étude, les mesures appliquées dans le domaine psychosocial peuvent être divisées en trois catégories : encadrement psychologique ou social et interventions juridiques (voir la partie inférieure du tableau 1). Les citations suivantes devraient permettre de comprendre en quoi consistaient ces mesures.</p>
psychothé- rapie	<ul style="list-style-type: none">● Encadrement psychologique <p>Pour certains patients au passé traumatique, les médecins traitants ont atteint leurs limites et ont recouru, lorsque la possibilité existait, à du personnel spécialisé en psychiatrie.</p> <p><i>« Un traitement psychiatrique serait vivement conseillé. En raison des problèmes de communication liés à la langue, un traitement adéquat n'a pas été possible jusqu'à présent. Une thérapie au Remeron [antidépresseur] a été amorcée. » (tiré d'un rapport de la policlinique médicale)</i></p>
médicaments psychotropes	<p>La prescription de médicaments psychotropes se retrouve dans de nombreux autres dossiers.</p>
financement des moyens de contracep- tion	<ul style="list-style-type: none">● Soutien social <p>Le succès des traitements médicaux dépendant souvent de facteurs sociaux et économiques, les spécialistes ont mis en place un service conseil. Dans le domaine de la gynécologie par exemple, certaines requérantes d'asile n'avaient pas les moyens financiers de prendre des mesures de contraception.</p> <p><i>« La patiente vient se faire poser une spirale. Elle a des maux de tête et le financement n'est pas clair. Procédure : clarifier le financement. »</i></p> <p><i>« La patiente n'a pas d'argent pour s'acheter la pilule » (les deux citations sont tirées de dossiers de patientes de la Clinique gynécologique)</i></p>
mesures favo- risant la guéri- son	<p>Afin de faciliter le financement de moyens contraceptifs, les médecins travaillent en collaboration avec le service social interne de l'hôpital. Ils prennent également des mesures sociales dans le cadre de traitements psychiatriques ou de soins médicaux. Ils tentent de favoriser la guérison des patients, par exemple en les sensibilisant à l'importance des conditions de logement, en garantissant le financement du régime indiqué ou en dispensant d'autres conseils.</p> <ul style="list-style-type: none">● Mesures juridiques <p>Sur demande des autorités chargées des questions d'asile ou en raison de problèmes de santé aigus, les médecins agissent également dans le domaine juridique.</p>



« Depuis son entrée en Suisse, le patient souffre de problèmes liés au stress se traduisant par de l'anxiété, des insomnies et des cauchemars. ... Une amélioration de l'état psychique est peu probable tant que la décision d'asile n'aura pas été rendue. Seuls des experts peuvent juger si le traitement du patient, qui souffre d'un profond traumatisme lié à la guerre, peut être garanti dans son pays. Pour éviter que ces troubles ne deviennent chroniques, il est urgent que les autorités prennent une décision définitive. » (rapport médical destiné aux autorités compétentes en matière d'asile)

Les certificats médicaux destinés aux autorités compétentes en matière d'asile doivent contenir les informations suivantes : l'état de santé du patient, son aptitude physique à voyager et l'assurance que son traitement est garanti dans son pays. Comme nous allons le voir dans le prochain chapitre, cette tâche se révèle souvent difficile pour les médecins.

certificats médicaux destinés aux autorités compétentes en matière d'asile

Le traitement médical des requérants d'asile : un défi pour les médecins

Les considérations ci-dessus ont mis en lumière certaines difficultés auxquelles les médecins sont confrontés lors du traitement de requérants d'asile.

un défi pour les médecins

Attentes multiples envers les médecins

Lorsqu'il soigne des requérants d'asile, le médecin joue plusieurs rôles. Comme le veut l'obligation qui le lie, le médecin prend fait et cause pour le bien-être de ses patients. Cependant, il doit répondre à des attentes totalement différentes lorsque les autorités compétentes en matière d'asile lui demandent le certificat de santé d'un requérant d'asile. Il s'agit ici d'évaluer de façon objective l'état de santé d'un patient et l'impact sur sa santé qu'aurait un rapatriement dans son pays d'origine. Le médecin doit donc changer de perspective. Un médecin raconte son expérience avec des patients A-Care :

respecter l'obligation du médecin

établir des certificats médicaux objectifs

« Je ne suis pas objectif lorsque je soigne un patient. Sur le plan médical, je suis solidaire avec le patient. Je veux contribuer autant que possible à son rétablissement et à son bien-être. C'est d'ailleurs ma mission en tant que médecin. Pourtant, l'Office fédéral des migrations attend tout autre chose de moi : un avis objectif. Et ce n'est pas facile. On essaie de concilier les intérêts des deux parties, mais cela se révèle toujours conflictuel. »

Les soins A-Care fonctionnant selon le système HMO, les médecins se sont vu attribuer le rôle de gestionnaires de ressources, le but étant de traiter les requérants en engendrant le moins de coûts possible. Conformément au modèle A-Care, les patients devaient être traités selon le principe « uniquement les soins nécessaires ». Cette indication figurant au mandat du projet A-Care laissait une grande marge de manœuvre aux médecins concernés. Dans les cliniques, ce sont en règle générale les médecins en chefs qui ont assumé la responsabilité de décider quelles prestations médicales seraient fournies aux patients A-Care et lesquelles ne le seraient pas. Ainsi, ces médecins ont dû soigner ce petit groupe de

gérer les ressources

« juste les soins nécessaires »

marge de manœuvre



inégalité de traitement patients A-Care de façon moins onéreuse que les autres patients de l'Hôpital universitaire. Cette incitation à l'inégalité de traitement est contraire à l'éthique professionnelle des médecins qui exige que tous les patients bénéficient du même traitement.

triple rôle Par conséquent, les médecins devaient jouer trois rôles différents lorsqu'ils soignaient des patients A-Care : celui de thérapeute / porte-parole pour le patient, de rédacteur de certificats médicaux à l'intention des autorités compétentes en matière d'asile et celui de gestionnaire de ressources pour l'assurance A-Care. Concilier ces trois rôles est source de conflits éthiques.

conflits éthiques

Franchir la barrière de la langue

difficultés de communication lors du traitement Les difficultés de communication, d'ailleurs mentionnées dans de nombreux dossiers, constituent un autre facteur important lors du traitement de patients requérants d'asile. Les citations suivantes, tirées de dossiers de patients A-Care de la polyclinique médicale, montrent l'influence de ces difficultés sur le processus de traitement :

- **diagnostiquer** : « *Le patient ne sait que quelques bribes d'anglais, il ne comprend pas une seule phrase. Selon les dires d'un de ses amis qu'il appelle de son natel, le problème se situerait au niveau de l'œil gauche. Anamnèse familiale inconnue.* » (Feuille de soins)
- **examiner** : « *Selon Dr X de la section néphrologie, une diurèse diurne/nocturne permettrait de confirmer le diagnostic. Malheureusement, en raison de problèmes de communication liés à la langue, il n'a pas été possible de faire comprendre cela au patient.* » (rapport final)
- **traiter** : « *Suite à des difficultés de compréhension dues à la langue et en raison de déménagements successifs, il est probable que la patiente n'ait, pendant un certain temps, pas pris ses médicaments comme prescrit.* » (Feuille de soins)

Les problèmes de communication nuisent à la qualité du traitement médical.

Ces exemples illustrent bien à quel point les problèmes de communication nuisent à la qualité du traitement médical. Dans certains cas, les médecins traitants ont demandé l'aide d'un interprète afin de franchir la barrière de la langue. Souvent, les membres de la famille ou les amis des patients se sont chargés de la traduction. Malheureusement, bien souvent leurs connaissances linguistiques ne suffisaient pas.



5. Conclusions

Résumé des principaux résultats.

Pour le système de santé, l'assistance médicale des demandeurs d'asile constitue un défi à plusieurs niveaux. D'une part, il s'agit d'assurer les soins médicaux d'un groupe de personnes qui souffre de différents facteurs psychosociaux souvent plus graves que la population autochtone. D'autre part, les autorités compétentes en matière d'asile chargent les médecins d'évaluer l'état de santé des requérants sous l'angle de la procédure d'asile et en vue d'un éventuel rapatriement. Ces mandats discordants sont source de conflits pour les médecins. En accomplissant des tâches relevant des domaines social et de politique d'asile, ils se rendent compte que les possibilités de traitement des requérants d'asile sont limitées. Cette situation s'aggrave lorsque les médecins reçoivent l'ordre de traiter ce groupe de patients selon le principe « uniquement les soins nécessaires ».

assistance
médicales des
requérants
d'asile

un défi pour le
système de
santé

conflits pour
les médecins

Lors de la mise en œuvre du projet A-Care, les questions de l'attribution des ressources et de la rétention de prestations ont souvent posé des problèmes difficiles à résoudre. L'objectif de l'efficacité des coûts n'a pas été atteint et, par conséquent, le projet A-Care a été abandonné au bout de quatre ans.

absence d'effi-
cience des
coûts dans le
modèle A-
Care

Recommandations en matière de prévention et de conservation de la santé chez les requérants d'asile

Comme exposé plus haut, la présente étude a démontré que la situation dans laquelle vivent les demandeurs d'asile est souvent défavorable à leur santé. Si des mesures relevant des politiques d'asile et de la santé étaient prises pour réduire ces facteurs négatifs, elles pourraient améliorer le capital santé des requérants d'asile. A cet effet, nous recommandons les trois mesures suivantes dans le contexte suisse :

- **Prendre en considération des réseaux familiaux lors du placement de requérants d'asile :** Les dossiers analysés ont montré que certains membres d'une même famille ou certains couples sont séparés suite aux décisions rendues par les autorités compétentes en matière d'asile. Un bon appui social aidant à surmonter des situations difficiles sans trop d'effets négatifs sur la santé, il y a donc lieu de tenir compte dans tous les cas des relations familiales lors de la répartition de requérants d'asile dans les cantons.
- **Raccourcir la durée de l'incertitude quant à l'issue de la procédure d'asile :** Plusieurs problèmes de santé sont liés à l'interminable incertitude concernant l'issue de la procédure d'asile. C'est pourquoi de nombreux médecins ont évoqué dans les dossiers l'importance d'une réduction de cette phase.
- **Créer des possibilités d'occupation et de travail :** Les médecins affirment qu'une occupation adéquate et la possibilité de développer des perspectives d'avenir sont des éléments essentiels

réseaux fami-
liaux

réduction de la
durée d'incerti-
tude

occupation et
travail



pour le maintien et le rétablissement de la santé psychique des demandeurs d'asile. Les programmes d'aide au retour vont dans ce sens, car ils ouvrent la perspective d'une nouvelle vie dans le pays d'origine.

Une mise en application systématique de ces mesures pourrait, grâce à son influence positive sur la santé des requérants, permettre de réduire la quantité de soins médicaux prodigués aux requérants d'asile.

Recommandations concernant l'assistance médicale des requérants d'asile

En nous fondant sur la présente étude, nous pouvons maintenant nommer des facteurs susceptibles d'améliorer la qualité et l'efficacité du traitement médical des patients requérants d'asile :

- Accès aux services d'interprètes afin d'éviter les problèmes de compréhension lors de la consultation
- Continuité de l'encadrement de façon à ce qu'une relation médecin-patient positive puisse s'instaurer
- Spécialistes expérimentés et compétents en matière d'encadrement transculturel
- Encadrements spécialisés pour les victimes de tortures

éviter de soigner les requérants d'asile hors des institutions standards

maintenir le traitement standard

La présente étude a mis en évidence le fait qu'il n'est pas conseillé de soigner les requérants d'asile hors d'une institution de services sanitaires standards. Dans le modèle A-Care, la mise en place d'une administration distincte, alliée à l'exigence de soins meilleurs marchés, a compliqué les procédures de la clinique au quotidien sans améliorer l'efficacité des coûts. Eu égard à ce résultat, nous recommandons de maintenir le traitement standard pour l'encadrement médical de patients requérants d'asile. Dans de nombreux cas, le type de prestataires que désigneront les autorités cantonales pour se charger de l'encadrement médical des demandeurs d'asile dépendra des structures sanitaires locales. Des études comparatives complémentaires devront être menées afin de déterminer quel genre de structure, - médecin de famille, cabinet HMO ou policlinique - est la plus avantageuse.



SCHWEIZERISCHE EIDGENOSSENSCHAFT
CONFÉDÉRATION SUISSE
CONFEDERAZIONE SVIZZERA
CONFEDERAZIUN SVIZRA

UNIVERSITÄT BASEL
INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT



Le rapport complet a été déposé le 14 décembre 2004. Il a été publié en allemand uniquement et peut être commandé pour un montant de 25 francs à l'adresse suivante:

Office fédéral des migrations
Domaine de direction nationalité, intégration et subventions fédérales
Section contrôle des subventions
Quellenweg 6
3003 Berne - Wabern