

LU POUR VOUS Médecine de premier recours et santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile: programmes de dépistage

Cet inventaire structuré et analytique d'articles publiés entre 1995 et 2020 cherche à identifier et caractériser les différents programmes de dépistage en santé mentale auprès de réfugiés et de demandeurs d'asile de tous âges, avant leur départ mais surtout à l'installation dans le pays d'accueil. Ont été incluses 45 publications détaillant ces programmes et 25 études de validation d'outils de dépistage (essentiellement menées dans des services de médecine de premier recours aux États-Unis, mais aussi en Europe centrale, dont 6 études suisses). Les auteurs ont pu décrire 85 outils de

dépistage en santé mentale. Une majorité d'entre eux évaluent l'état de santé mentale général et/ou dépistent le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et la dépression. Les plus populaires sont le Harvard Trauma Questionnaire et le Refugee Health Screener, mais il n'existe pas de consensus international ni de recherche suffisante pour sélectionner un outil de dépistage de santé mentale reconnu. Il est mis en avant que ces groupes devraient pouvoir bénéficier d'une prise en charge précoce et adaptée, priorité de l'insertion de ces populations. Pour éviter de nouveaux trauma-

tismes à travers ce dépistage, les auteurs précisent qu'il est important d'inclure des filets de sécurité psychologiques, d'offrir protection, confort et accès aux soins de base, de proposer des outils numériques et avant tout de s'assurer que ces outils et évaluations cliniques sont culturellement appropriés et non redondants. Pour mettre en œuvre ces programmes, des budgets suffisants et pérennes sont essentiels, tout comme la formation des intervenants, y compris des interprètes, et d'un point de vue pragmatique, il est conseillé d'établir des groupes de réfugiés par niveau de risque.

Commentaire: les demandeurs d'asile subissent des parcours migratoires très longs et difficiles, durant lesquels ils font face à de nouveaux événements traumatiques répétés et à la difficulté, voire à l'absence d'accès aux soins. Les programmes de dépistage devraient être accessibles au plus tôt, quand l'incertitude de l'accès à une vie meilleure se prolonge, au moins jusqu'à l'obtention du statut de

réfugié, procédure qui peut aussi perdurer des années, retarder les possibilités d'insertion et aboutir dans un grand nombre de cas à la non-reconnaissance des souffrances subies. Il est très vraisemblable que la prévalence du TSPT dans ces populations soit sous-estimée, entraînant une absence de prise en charge. Enfin, il faudrait s'attacher à utiliser des outils reconnus dans le domaine du psychotrauma et de la psychiatrie, comme le IES-R, la PCL-5, le PDI, le PDEQ, la MINI ou l'HADS; la recherche est à développer dans ce domaine.

Dre Caroline Grépinet-Ayewubo

Consultation pour victimes de Torture et de Guerre (CTG), Hôpitaux universitaires de Genève

Coordination: Dr Jean Perdrix,
Unisanté (jean.perdrix@unisante.ch)

Magwood O, et al. Mental Health Screening approaches for resettling refugees and asylum seekers: a scoping review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022 Mar;19(6):3549. DOI: 10.3390/ijerph19063549.



© istockphoto/Sviatlana Lazarenka

CARTE BLANCHE**UN PRIX POUR L'HUMANITÉ EN MÉDECINE****Dr Thomas Bischoff**

Route de Vevey 31
1096 Cully
th.bischoff@bluwewin.ch

Pour la neuvième fois, la Faculté de biologie et médecine de Lausanne décerne cette année le « Prix Jean-Paul Studer » à un médecin ou futur médecin dont l'engagement, l'action ou l'ouvrage fait grandir l'humanité

de la médecine de famille. Jean-Paul Studer était un médecin généraliste, ami et collègue, investi de longue date dans l'enseignement de la médecine générale à la Faculté de Lausanne. À côté de son souci de transmettre son art à de jeunes collègues et engagé dans d'autres causes pour une Médecine générale forte et humaniste, il s'est exprimé avec beaucoup de poésie dans des articles, publiés au sein de la même rubrique « Carte Blanche » que le présent texte. Ces quelques lignes d'autobiographie, extraites du recueil des premières années de la rubrique,¹ illustrent mieux que tout sa tendresse et

sa poésie:
Jean-Paul Studer, médecin de quartier. Entre le supermarché Migros et l'église, la salle de sport communale et la paroisse catholique de ce qui fut un village viticole: il en reste le nom de quelques rues mais c'est à présent un faubourg un peu décoloré avec un beau château qui fait tache. La haute vallée de la Birse a façonné son enfance à laquelle Alexandre Dumas a heureusement mis des couleurs. Son éducation médicale fut vaudoise. Il est revenu de cette terre de formation avec une femme aux yeux verts échappée des vergers bâlois, et deux poètes dans ses bagages, Gustave Roud et Philippe Jaccottet. Il s'est passionné

pour la reconnaissance et l'intégration de la médecine générale à la Faculté, tout en restant persuadé que le cabinet du praticien est l'endroit idéal de sensibilisation et de formation à ce métier. Il retient de ces longues années les conversations et les silences dans la voiture avec François. Il irait volontiers dire bonjour à la Reine de Saba de Piero della Francesca à Arezzo en compagnie d'Yves Bonnefoy et regrette de ne pas avoir entendu la voix de Jean-Sébastien Bach. Aucun de ses trois enfants n'est devenu médecin. Il demande à son jardin potager de le consoler de la mauvaise allure du monde. Suite à sa disparition précoce, peu de temps après sa retraite,



ses amis se sont décidés de créer un prix en sa mémoire. Depuis lors, le prix a été remis à des étudiant-e-s et des collègues plus âgé-e-s pour leurs multiples engagements sociaux, humanitaires et pédagogiques. Il a récompensé des efforts pour familiariser les étudiants avec la mort, pour faire avancer la sensibilité pour les questions de genre en

médecine, pour transmettre dans la formation les particularités de la médecine au cabinet, pour soutenir des collègues étudiant-e-s en difficulté, ainsi que pour des projets humanitaires dans d'autres pays. La liste est déjà longue et les thèmes sont très larges et variés. Ils illustrent les nombreuses facettes du travail qui entourent la médecine et qui devraient en

faire partie. D'ici quelques jours, l'édition 2022 du prix Jean-Paul Studer sera remis à « Médecins Action Santé Migrant-e-s » (MASM). Il s'agit d'une association constituée de médecins romands de différentes spécialités, sans appartenance politique, témoins privilégiés du vécu et de la souffrance des migrant-e-s. Depuis trois ans, ils s'engagent pour que les droits fondamentaux des migrant-e-s de toute origine soient respectés. Ils informent le public et interviennent au niveau politique pour dénoncer les conséquences, sur la santé physique et psychologique, des conditions auxquelles certain-e-s migrant-e-s sont confronté-e-s. Ces actions sont aujourd'hui d'autant plus importantes que toute l'attention publique est tournée vers la

guerre en Ukraine et que nous avons tendance à oublier les autres drames qui se passent aux bords de l'Europe. Comme président du jury, je suis fier et heureux de remettre ce prix aux représentant-e-s de MASM. Qu'y a-t-il de plus noble dans notre métier que de se battre pour les droits de nos patient-e-s défavorisé-e-s, « pour porter haut la dignité de celles et ceux dont la voix peine à se faire entendre et dont nous entendons la souffrance »?²

NB: MASM organise le samedi 19 novembre 2022 un colloque sur « 15 ans de loi sur l'asile: regard critique médical, éthique et politique » (www.masm.ch).

1 Cartes Blanches. Genève: Éd. Médecine & Hygiène, 2010.

2 cit. Charte MASM (masm.ch/charte/).

ZOOM

Bon sens clinique: faites-vous confiance

L'étiologie de la syncope reste un défi diagnostique. Même si les causes sont majoritairement bénignes, une prise en charge ambulatoire est toujours redoutée en raison des étiologies potentiellement fatales. Ceci motive souvent une hospitalisation pour des investigations avec un rendement modeste. Cette étude de cohorte s'intéresse à la validation externe du Canadian Syncope Risk Score (CSRS) afin de mieux orienter la prise en charge de ces patients et éviter des hospitalisations inutiles avec d'importantes conséquences économiques.

Méthode: étude de cohorte prospective, internationale (8 pays, 3 continents). Inclusion: ≥ 40 ans admis aux urgences à max 12 heures de la syncope. Exclusion: perte de connaissance non syncopale, absence d'ECG 12 dérivation, nécessité d'une intervention ou événement indésirable en lien avec la syncope. En présence de plusieurs épisodes chez le même patient, seul le premier était inclus dans l'étude. Objectif: validation externe du CSRS et sa comparaison à un autre score validé (Osservatorio Epidemiologico della Sincope nel Lazio, OESIL). Issue primaire: 2 issues composites regroupant les événements graves non évidents aux urgences à 30 jours. 1^{er} critère composite: regroupe des issues cliniques (arythmie, infarctus myocardique, hémorragie grave)

et procédurales (implantation de pacemaker) graves. 2^e critère composite: uniquement les issues cliniques. Issue secondaire: les 2 critères composites à 720 jours. **Résultats:** Sur 283 patients inclus dans l'analyse (42% de femmes) le CSRS montre une bonne discrimination pour l'issue primaire (aire sous la courbe (AUC): 0,85; IC 95%: 0,83-0,88) et apparaît meilleur que l'OESIL. L'analyse dans un modèle de régression multiple des 9 items du CSRS montre que la classification de l'étiologie de la syncope par le clinicien présente le plus important odds ratio de prédiction du 1^{er} critère composite. Ceci est confirmé par une AUC similaire (0,83; IC 95%: 0,80-0,87) dans un modèle incluant seulement la classification de la syncope par un



clinicien comparé au CSRS. Le CSRS classifiait 60,8% en dessous du bas risque, avec une incidence du 1^{er} critère composite de 3,3% dans cet échantillon, montrant une meilleure prédiction que l'OESIL. L'issue secondaire, analysée chez 95,2% des participants, montre un moindre taux d'événements du 1^{er} critère composite. Le suivi complet confirme la validité de groupes de stratification du risque avec un risque d'événement augmenté chez les patients à risque modéré ou plus. **Discussion et interprétation:** cette étude confirme la validité externe du CSRS et souligne l'importance du sens clinique à l'heure de trancher sur l'étiologie d'une syncope. Ceci remet aussi en question l'utilité des nombreux scores développés pour une

même stratégie diagnostique et sur lesquels nous nous reposons au quotidien. Il conviendrait de rester critique face à ceux-ci. **Conclusion:** cette étude reste applicable pour la population consultant nos urgences afin de diminuer le taux d'hospitalisations pour des investigations. Petit bémol concernant son utilité sur la population jeune (âge moyen dans l'étude de 68 ans).

Dre Sara Girona Cuellar

Avec la collaboration du groupe

MIAjour, Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

International validation of the Canadian syncope risk score: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2022 Apr; Jun;175(6):783-94. DOI: 10.7326/M21-2313.