

FACILITATEURS ET BARRIÈRES POUR L'ACCÈS AUX SOINS CHEZ LES REQUÉRANTS D'ASILE DU CANTON DE VAUD EN SUISSE ET RECOMMANDATIONS

Françoise Maillefer, Émilie Bovet, Laure Jatton, Patrick Bodenmann et Françoise Ninane

Association de recherche en soins infirmiers | « Recherche en soins infirmiers »

2019/2 N° 137 | pages 26 à 40

ISSN 0297-2964

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2019-2-page-26.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers.

© Association de recherche en soins infirmiers. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins chez les requérants d'asile du canton de Vaud en Suisse et recommandations

Barriers and facilitators to access to healthcare among asylum seekers from Eritrea and Afghanistan in the canton of Vaud, Switzerland

Françoise MAILLEFER, Infirmière, Sage-femme, MPH, Unisanté, Lausanne, Suisse

Emilie BOVET, Sociologue, Ph.D, Maître d'enseignement, HESAV Haute Ecole de santé Vaud, HES-SO Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Lausanne, Suisse

Laure JATON, Médecin assistante, Unisanté, Lausanne, Suisse

Patrick BODENMANN, Professeur associé, Médecin adjoint, Unisanté, Lausanne, Suisse

Françoise NINANE, Infirmière, RN, MA, M.ScN, Ancienne Directrice des soins, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne, Suisse

RÉSUMÉ

Introduction : face à un afflux exceptionnel de requérants d'asile en Suisse en 2015, les soignants ont dû faire face à de nouvelles problématiques.

Contexte : il manque des travaux locaux ayant investigué parallèlement le vécu des requérants d'asile en lien avec le système de santé et les perceptions des professionnels de santé en contact avec les requérants d'asile.

Objectifs : avoir une meilleure compréhension des besoins spécifiques des RA puis mettre en place des actions concrètes afin d'améliorer l'accès aux soins et augmenter l'efficacité de la prise en charge.

Méthode : étude qualitative comprenant des entretiens individuels et de groupe avec des requérants d'asile et trois focus group avec des soignants et des interprètes.

Résultats : les résultats concernent l'accès aux soins dans le pays d'origine, les représentations sur les conditions de vie en Suisse, les effets du parcours migratoire sur la santé, les représentations vis-à-vis de la psychiatrie et de la bonne santé, la fréquentation des urgences, les motifs des rendez-vous manqués, l'aide par les pairs.

Discussion : l'information, la confiance, suffisamment de temps, sont les éléments-clé identifiés pour créer un lien qui optimise l'accès aux soins.

Conclusion : la recherche a permis une meilleure compréhension des besoins spécifiques. Des recommandations pour la pratique ont été émises.

Mots clés : requérant d'asile, soins de santé, accessibilité des services de santé, recherche qualitative, recommandations de bonne pratique.

Pour citer l'article :

Maillefer F, Bovet E, 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. *Rech Soins Infirm.* 2019 Jun;(137):26-40.

Adresse de correspondance :

Françoise Maillefer : francoise.maillefer@unisante.ch

ABSTRACT

Introduction: In the context of an upsurge in the number of asylum seekers arriving in Switzerland in 2015, caregivers encountered new issues.

Background: We lack local studies that simultaneously analyze asylum seekers' experiences of the healthcare system and the perceptions of health professionals in contact with asylum seekers.

Objectives: To assess the health problems of this population in order to gain a better understanding of their specific needs and to implement best practice interventions in order to improve access to care and efficiency of care.

Methods: A qualitative study with twenty interviews, either one-to-one or in groups, with Eritrean and Afghan ASs, and three focus groups with registered nurses, interpreters, and emergency department professionals.

Results: The main results concern access to healthcare in the country of origin, expectations about the living conditions in Switzerland, the effects of migration on health, cultural beliefs on physical health and psychiatry, visits to the emergency department, reasons for missed appointments, and peer support.

Discussion: Information, trust, and time are the main issues identified to optimize access to care.

Conclusion: Our results allow for a better understanding of specific needs and health interventions for Afghan and Eritrean ASs. Recommendations for practice were issued.

Keywords: Asylum seeker, healthcare, health services accessibility, qualitative study, practice guidelines.

Remerciements

Les auteurs remercient toutes les personnes ayant accepté de témoigner dans le cadre de cette recherche, ainsi que l'ancien Département de Médecine et de Santé Communautaires du CHUV, à Lausanne, qui a soutenu le projet et permis sa concrétisation.

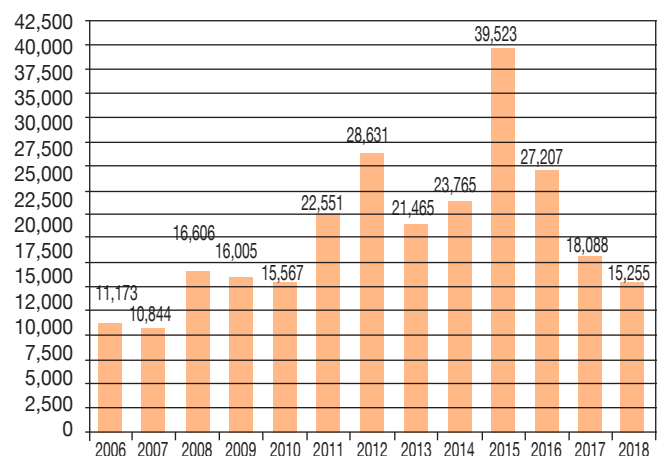
INTRODUCTION

Ces dernières années, les mouvements migratoires dans le monde ont pris des proportions jamais atteintes jusqu'ici.

En 2017, 68,5 millions de personnes étaient en fuite. Sur ce nombre, environ 40 millions sont restées dans leur pays en tant que personnes déplacées. Sur les 25,4 millions de personnes qui ont fui leur pays, environ 3,1 millions ont demandé l'asile. Seul un pourcentage des personnes ayant fui leur pays arrive en Europe et, finalement dans le pays continental qu'est la Suisse (1).

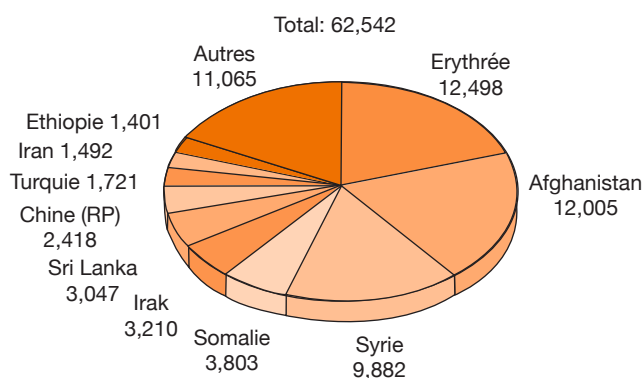
Dans ce pays, les années 2015 et 2016 ont été marquées par un afflux exceptionnel de réfugiés (figure 1) provenant principalement d'Afghanistan, de Syrie, d'Irak, du Sri Lanka et de l'Erythrée. La Suisse n'avait jamais accueilli autant de personnes migrantes en procédure d'asile depuis 1999, lors de la guerre des Balkans (2). Devant cette augmentation vertigineuse de demandes d'asile, des questions ont émergé en Suisse à l'instar des autres états européens ; qu'elles soient d'ordre politique, social ou sanitaire, elles interrogeaient nos manières de faire : procédures d'asile, logements, intégration, limitations et risques en lien avec l'afflux, réponse aux besoins de santé.

En 2018, ce sont principalement des Erythréens et des Afghans qui étaient les demandeurs d'asile les plus représentés (figure 2).



Source : Statistique en matière d'asile
Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM), statistiques 2018

Figure 1 :
Demandes d'asile en Suisse dès 2006



Personnes dans le processus d'asile en Suisse pays de provenance
 Source : département fédéral de justice et police.
 Secrétariat d'Etat aux migrations. Statistiques en matière d'asile.
 3^{ème} trimestre 2018

Figure 2 :
Personnes dans le processus d'asile en Suisse en 2018.

Avec une accélération du phénomène à partir de 2014, l'Erythrée se vide progressivement de sa population, en particulier les jeunes. Environ 350 000 Erythréens ont fui leur pays depuis une dizaine d'années, le plus souvent pour des raisons politiques, ce qui pourrait constituer entre 6 et 10 % de la population totale de l'Erythrée (3).

Les Afghans représentent la deuxième communauté à demander l'asile en Suisse et en Europe ; la venue au pouvoir des talibans en 1994, un état affaibli par la guérilla et l'insécurité globale poussent les Afghans à quitter leur pays. Depuis de nombreuses années, l'Iran et le Pakistan ont été les premiers pays d'accueil pour les Afghans en fuite, mais désormais les Afghans quittent ces pays pour rejoindre l'Europe en raison des discriminations dont ils sont victimes (4).

Cette population de demandeurs d'asile constitue un groupe spécifique en termes de prise en charge de la santé, à savoir une patientèle qui dépend de l'« Unité de soins aux migrants » (USMi).

L'USMi est une entité du Centre des populations vulnérables (CPV) de la Policlinique médicale universitaire (PMU) à Lausanne dans le canton de Vaud (figure 3) ; elle répond au mandat reçu des autorités cantonales vaudoises pour la prise en charge sanitaire des personnes dans le processus d'asile, qu'elles soient en attente d'une réponse à leur demande d'asile ou qu'elles aient reçu une réponse négative. La population attribuée au canton de Vaud représente 8,4 % de la totalité des demandes d'asile en Suisse, ce qui représente 5 500 personnes qui sont hébergées et prise en charge par l'Établissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM) (fin décembre 2018). L'USMi s'intègre dans le réseau cantonal

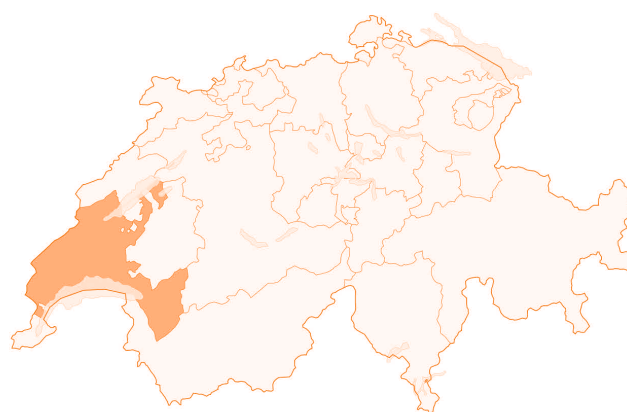


Figure 3 :
Canton de Vaud, Suisse

RESAMI (Réseau de soins aux migrants) dont l'objectif principal est de fournir une prise en charge médico-sanitaire de qualité, dans un souci d'efficacité et d'amélioration constante.

L'unité est composée de 20 infirmières¹, 10 collaborateurs administratifs, 2 médecins-chefs de clinique, 6 cadres médico-infirmiers administratifs. Il existe plusieurs centres de santé répartis dans tout le canton, dont certains se situent sur les lieux d'hébergement pour les RA.

L'USMi propose systématiquement une évaluation de santé à l'arrivée du RA dans le canton. Ce bilan a lieu sur rendez-vous et s'organise avec un interprète professionnel. L'objectif est de faire une évaluation de l'état de santé de la personne, de détecter des problèmes somatiques ou psychiques et de répondre aux besoins en adressant la personne si nécessaire à un médecin de premier recours ou à un spécialiste (gynécologue, ophtalmologue, psychiatre, dentiste, pédiatre).

Les autres missions sont la vaccination basée sur les recommandations de l'office fédéral de la santé publique, les consultations de première ligne, la prévention et la promotion de la santé en groupe ou en individuel, ainsi que la recherche.

L'évaluation de santé est effectuée par une infirmière de première ligne ; les infirmières sont donc généralement les premières professionnelles de santé que rencontre la personne au terme de son parcours migratoire.

Dans le contexte de crise migratoire de 2015-2016, l'attention des soignants de cette unité s'est focalisée sur plusieurs problématiques :

- Un temps réduit de consultation pour la première évaluation de santé, ce qui interrogeait sur la qualité d'une prise en charge sanitaire personnalisée.

¹ Le terme générique « infirmière » est utilisé à la fois pour les infirmiers et pour les infirmières.

Facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins chez les requérants d'asile du canton de Vaud en Suisse et recommandations

- Une surreprésentation de requérants d'asile (RA) consultant aux urgences de la PMU.
- Une problématique récurrente de rendez-vous manqués dans le réseau de soins.
- Une préoccupation constante des RA vis-à-vis de leurs conditions d'hébergement, préoccupation qui prenait beaucoup d'ampleur lors des consultations de santé.
- Des actes de violence (auto et hétéro-agressions) engendrant fréquemment des hospitalisations en psychiatrie.

De ces différents constats a découlé la volonté de mieux comprendre les besoins de santé de cette population afin d'optimiser les prestations offertes par l'USMi et d'améliorer l'accès aux soins pour cette population.

CADRE DE RÉFÉRENCE

La prise en charge sanitaire des requérants d'asile a fait l'objet de plusieurs études, menées en Suisse romande. Principalement réalisées par des médecins, elles apportent des éléments utiles à notre réflexion, dans la mesure où elles permettent d'approfondir des thématiques fondamentales, telles que la transformation de la population migrante en Suisse ainsi que la diversité des problèmes de santé rencontrés par ces populations, les risques sanitaires liés aux conditions récentes de migration, les infections particulières dont souffrent certains ressortissants érythréens, l'identification des besoins en termes de santé mentale, la mise en évidence de l'effet délétère des conditions de vie et d'accueil dans la période post-migratoire sur la santé mentale, les différences de pratiques entre les médecins et les infirmières vis-à-vis des requérants d'asile, la spécificité des consultations infirmières dans le domaine de l'asile en Suisse romande, ou encore les mesures mises en place par l'USMi pour s'adapter à l'afflux exceptionnel de migrants lors de la crise migratoire en 2015 (5-10). Si chacune de ces études participe à l'amélioration de la prise en charge sanitaire des RA, aucune n'a investigué le vécu de cette population lors de son premier contact avec le système de santé. De manière générale, les travaux menés en Suisse directement auprès des RA émanent soit d'associations et de collectifs impliqués dans la défense du droit d'asile, soit de la littérature grise (mémoires et thèses) (11), soit de rapports de recherche, tels que ceux publiés par le Forum suisse pour l'étude de la migration et de la population, basé à l'Université de Neuchâtel. (12) Que ce soit par le biais de témoignages, d'entretiens ou de questionnaires, ces différentes sources abordent de nombreuses problématiques liées à la réalité quotidienne des RA (conditions de vie et de logement, lourdeur des procédures administratives, discriminations, ...) et sont ainsi précieuses pour saisir la manière dont les RA s'expriment sur leurs expériences et difficultés rencontrées avant et depuis leur arrivée en Suisse. Si la santé (physique et mentale) fait partie des sujets parfois traités dans ces sources, il n'en

demeure pas moins que la compréhension du système de santé suisse par les RA n'avait pas été investiguée lorsque nous avons entamé notre recherche.

Au niveau international, nous disposons de quelques études qualitatives, menées auprès de RA ou d'anciens RA avant et après 2015, qui visent à identifier les facilitateurs et les barrières que rencontrent les RA dans l'accès aux soins. Parmi les barrières figurant dans les résultats de ces études, on peut citer principalement, les difficultés de communication dans les consultations, la complexité du système de santé perçue par les RA, les problématiques liées à la méfiance et au sentiment de discrimination, les limites de l'interprétariat, l'impression d'être traité comme un objet, ou encore l'incapacité de surmonter les barrières linguistiques et culturelles. Les facilitateurs identifiés sont l'importance de se sentir compris et mis en valeur, le développement de services d'interprétariat, la possibilité d'avoir recours à une interprète féminine pour les patientes de sexe féminin, ainsi que la présence d'une infirmière spécialisée dans le domaine de l'asile. De ces constats découlent plusieurs recommandations, parmi lesquelles la nécessité de développer des services d'interprétariat adéquats, de favoriser la littératie en santé des requérants d'asile et réfugiés, de renforcer le respect et la compréhension lors de consultations, ainsi que de créer des groupes de discussion pour discuter de la complexité du système (13-17).

A partir des différentes études répertoriées ci-dessus, nous avons constaté que les actions de l'USMi semblaient correctement orientées si l'on se référait aux recommandations. Cependant, certains problèmes récurrents tels que les rendez-vous manqués lors des consultations, la surreprésentation des RA aux urgences, la méfiance intracommunautaire vis-à-vis des soignants et des interprètes, les difficultés pour les RA à identifier les différents acteurs du système de soins, les sujets sensibles à aborder entre soignants et RA, ou encore l'ampleur des discussions autour du logement lors de consultations de santé sont autant d'obstacles à l'amélioration de nos pratiques. Il nous a par conséquent paru primordial de bénéficier du regard des personnes impliquées, et ceci dans notre contexte local. Identifier les perceptions, les représentations et les incompréhensions de notre population-cible est en effet essentiel pour mieux repérer les facteurs potentiels qui limitent l'accès aux soins et proposer des recommandations adéquates. Il importe également de connaître plus finement les perceptions et représentations des soignants et des interprètes communautaires sur les problématiques qui empêchent un recours optimal au système de soins par les RA.

OBJECTIFS

En regard du manque de travaux locaux ayant identifié les barrières et facilitateurs à l'accès aux soins par les RA récemment arrivés en Suisse, nous avons décidé de mener

une recherche qualitative directement auprès de RA pris en charge par l'USMi dans le canton de Vaud, ainsi qu'auprès des soignants et des interprètes communautaires travaillant avec cette population. Comme le but de cette recherche visait l'amélioration des pratiques soignantes, nous avons défini trois principaux objectifs :

- 1) Faire un état des lieux des problématiques en lien avec la prise en charge de la santé des RA d'origine érythréenne et afghane du canton de Vaud.
- 2) Avoir une meilleure compréhension des besoins spécifiques à un nouveau type de population.
- 3) Mettre en place des actions concrètes afin de mieux répondre aux besoins, d'améliorer un accès approprié aux soins, de diminuer les tensions chez les RA et les professionnels et d'augmenter l'efficacité de la prise en charge (diminution des rendez-vous manqués, diminution des consultations inappropriées aux urgences, prise en charge précoce des problèmes de santé mentale).

MÉTHODE

La méthodologie qualitative semblait la plus pertinente pour investiguer les ressentis, le vécu et les attentes par rapport à la santé des requérants d'asile. Le choix résidait notamment dans la volonté de mieux comprendre les processus d'accès et de non-accès aux soins, dans le pays d'origine et dans le pays d'accueil, les facteurs potentiels d'impact négatif sur la santé, ainsi que les besoins individuels et collectifs de prise en charge de la santé.

L'approche qualitative permettait également de mieux cibler les actions en proposant des modifications de pratique adaptées aux nouvelles contingences (types de population, afflux migratoire). Les populations érythréennes et afghanes ont été choisies, non seulement parce qu'elles sont les plus représentées parmi les personnes ayant demandé l'asile en Suisse, mais également parce que ce sont des populations issues d'une nouvelle migration et peu étudiées jusqu'ici.

Dix entretiens semi-structurés individuels ont été conduits auprès de RA d'origine érythréenne (sept hommes et trois femmes), cinq entretiens semi-structurés individuels avec des RA d'origine afghane (quatre hommes et une femme) et un entretien semi-structuré de groupe avec cinq femmes RA d'origine afghane. Un canevas identique a été utilisé pour tous les entretiens avec les RA. Ce dernier a été établi sur la base des analyses émergentes de la littérature consultée ainsi que sur celle de quatre entretiens exploratoires menés avec des soignants de l'USMi.

Le contact avec les personnes interrogées a été facilité par le fait qu'une des chercheuses travaille sur le terrain avec les RA. De ce fait, en fin de consultation avec les RA répondant aux critères d'inclusion, il leur a été proposé par un soignant ou la chercheuse de participer ultérieurement à l'étude. En

cas d'acceptation, un rendez-vous a été pris pour un entretien de recherche. Par ailleurs, certains lieux de consultations de l'USMi se trouvent dans les foyers d'hébergement, ce qui a facilité la possibilité pour la chercheuse de proposer à des RA de participer à une recherche. Les critères d'inclusion étaient les suivants : vivre en Suisse depuis moins de deux ans, être originaire d'Afghanistan ou d'Erythrée, avoir plus de 18 ans. Les critères d'exclusion étaient les suivants : durée de séjour en Suisse supérieure à deux ans, être mineur, diagnostic de décompensation psychotique ou maniaque.

Chaque entretien s'est fait en présence d'un ou d'une interprète communautaire et a duré entre 60 et 90 minutes. Toutes les personnes ont donné leur consentement éclairé pour cette étude. Certaines n'ont pas souhaité que l'entretien soit enregistré et l'entretien a été retranscrit par notes.

Trois focus group ont été menés avec des professionnels : un premier avec des infirmiers de l'USMi, un deuxième avec des interprètes communautaires en contact avec ces deux populations, un troisième avec des médecins et infirmières des urgences de la PMU. Chaque focus group a duré environ 90 minutes et s'est déroulé en présence des deux chercheuses. Les canevas des trois focus group étaient basés sur la littérature consultée ainsi que sur la première analyse des entretiens menés avec les RA. Ainsi, les thématiques amenées à plusieurs reprises par les RA ont fait l'objet de discussion à l'intérieur des trois focus group. Pour chaque focus group, un premier canevas d'axes de questionnements similaires ainsi qu'un second canevas d'axes spécifiques à chaque catégorie professionnelle (soignants USMi/soignants urgences/interprètes communautaires) ont été établis.

Tous les entretiens et focus group enregistrés ont été retranscrits en verbatim dans leur intégralité.

Les données ont été analysées sur un mode itératif et flexible (12). Tous les entretiens ont été codés en fonction de thématiques définies par les deux requérantes principales ; pour l'ensemble de ces thématiques, les chercheuses ont mis en regard les propos des différents groupes de personnes interviewées. Les résultats présentés ci-dessous découlent de l'analyse thématique croisée des différentes catégories d'interviewés (RA, professionnels de l'USMi, interprètes communautaires, professionnels des urgences).

RÉSULTATS

Les principaux résultats de notre recherche concernent les spécificités des RA érythréens et afghans du canton de Vaud (parcours migratoire, permis, niveau socio-économique, appartenance religieuse, problématiques spécifiques en fonction de l'âge ou du sexe), l'accès aux soins dans le pays d'origine, les attentes en ce qui concerne les conditions

Facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins chez les requérants d'asile du canton de Vaud en Suisse et recommandations

d'accueil et de vie en Suisse, les effets du parcours migratoire sur la santé physique et psychique, les représentations vis-à-vis de la psychiatrie, les représentations vis-à-vis de la bonne santé, la fréquentation des urgences, les raisons des rendez-vous manqués, l'aide par les pairs, le rôle des soignants et des interprètes. Nous présenterons dans cet article les thématiques qui nous semblent pertinentes pour réfléchir aux facteurs limitant le recours à un soin adéquat par les RA. Pour chaque thématique, nous relevons dans un premier temps les principales réponses obtenues, accompagnées de quelques citations pour mieux illustrer ou compléter le propos, puis nous proposons une analyse plus spécifiquement centrée sur les risques de non recours aux soins.

■ Discrimination, méfiance et vulnérabilité

Selon les professionnels interrogés, on observe une diversité dans les profils des patients érythréens et afghans. Un grand nombre d'Afghans ont entamé leur parcours migratoire en Iran où ils ont subi de fortes discriminations.

« La plupart des jeunes qui sont arrivés, ce sont des mineurs non-accompagnés... Ils ont vécu en Iran très très longtemps. Certains sont nés aussi en Iran. Alors je pense que les deux expériences vous intéressent. Et en Iran, et en Afghanistan. » (Interprète communautaire 9, Afghanistan).

« Je pense qu'il y a une dizaine d'années, les Erythréens avaient un niveau socioéconomique plus élevé. Comme les Afghans. Et puis après, l'âge aussi. L'âge et le niveau ont baissé. Et notamment beaucoup d'Afghans qui sont arrivés d'Iran. » (Soignant-e 5, USMi).

Les soignants relèvent chez ces patients une connaissance limitée de leur propre corps et de leur santé. Ils estiment que les migrants érythréens sont conditionnés à quitter très jeunes le pays. Les soignants relèvent également que la religion et les dissensions au sein de la communauté (notamment liées au régime politique particulièrement répressif en Erythrée) peuvent exacerber un sentiment de méfiance, qui rend parfois difficile le recours à des interprètes ou limite la possibilité d'aborder des thématiques sensibles telles que la contraception ou les maladies sexuellement transmissibles.

Quelle que soit l'origine, les professionnels soulignent que le jeune âge des migrants est un facteur de vulnérabilité ; un grand nombre d'entre eux ont des problèmes de développement affectif par manque d'un environnement contenant.

« On sent qu'il n'y a pas eu d'enracinement parce qu'il n'y a pas eu d'espace d'amour, on a l'impression qu'ils ont toujours été dans le rejet depuis très longtemps. (...) Parce que même si la famille n'est peut-être pas forcément idéale, elle est quand même contenant, elle apporte quelque chose. Là, on

a l'impression qu'on les a mis sur les coudes beaucoup trop tôt. » (Soignant 1, USMi)

Les soignants des urgences relèvent par ailleurs le caractère disparate de la population érythréenne accueillie : certains vivent dans des foyers uniquement ouverts la nuit et se sont vu refuser leur demande d'asile, alors que d'autres sont installés dans des appartements. Malgré cette diversité de statuts, les soignants des urgences sont unanimes sur le niveau d'études peu élevé des patients érythréens, et sur leur « accès limité au savoir médical », alors que le niveau d'éducation varierait beaucoup plus chez les patients afghans.

« Moi je travaille la nuit. J'ai l'impression que y a plus de patients érythréens qui consultent. J'ai moins souvent vu des patients afghans consulter la nuit. Et puis plutôt des gens démunis. Ce qui me frappe aussi, c'est que j'ai souvent vu des patients arriver seuls, sans traducteur, même sans accompagnant. » (Soignant-e 1, Urgences).

Il nous semble important de dégager ici deux principaux axes de réflexion vis-à-vis de l'accès au système de soin et à sa compréhension par les RA. Premièrement, nous pouvons mettre les propos des soignants sur le savoir limité des patients érythréens et afghans par rapport à leur propre corps ainsi que leur manque de soutien affectif, en regard des entretiens menés avec les RA, au cours desquels il était parfois difficile pour les interviewés d'identifier clairement ce dont ils souffraient. Il serait nécessaire d'accorder une attention particulière à la manière dont sont amenées les informations concernant la santé des RA lors de chaque consultation, ainsi que de s'assurer que ces informations ont été comprises, ce qui est loin d'être évident au vu du temps réduit des consultations. Ce manque de temps pour approfondir la thématique du corps et de la santé générale des patients peut avoir des répercussions sur l'adhésion au suivi médical par les RA, dans la mesure où l'incompréhension demeure. Deuxièmement, la thématique de la méfiance est récurrente, dans les propos des soignants comme des interprètes communautaires. Le manque de confiance peut altérer la relation thérapeutique, non seulement entre soignant et patient, mais aussi dans la triade soignant-interprète communautaire-patient. Ainsi, le risque est soit de passer à côté d'informations capitales concernant la santé des patients érythréens et afghans, soit que ces derniers décident d'arrêter le suivi, car ils ne se sentent pas suffisamment en confiance pour aborder des sujets relatifs à leur corps, leur vie et leur intimité.

■ Accès aux soins et système de santé dans le pays d'origine

En Afghanistan comme en Erythrée, les systèmes de soins sont précaires et l'accès aux soins n'est pas le même si on est fortuné ou pas. Plusieurs patients érythréens ont évoqué le fait

que les personnes aisées choisissent de quitter le pays pour se faire soigner au Soudan. Face à la maladie, les personnes sont habituées à mobiliser des traitements traditionnels.

En Erythrée, une importance particulière est accordée aux croyances, à la religion et aux médecines traditionnelles, en particulier l'eau bénite qui est citée dans la plupart des entretiens. Les interprètes communautaires érythréens évoquent également l'usage d'herbes, de racines, et de miel.

« On va plutôt d'abord par l'eau bénite et des allers-retours à l'église. Et après penser à aller chez le médecin. S'il y a un médecin autour. Nous, on va chez le médecin quand on est vraiment malade, quand on est au bout. On ne va pas penser à aller chez le médecin parce qu'on tousse ou il y a un petit truc ou de la fièvre. On va vraiment aller chez le médecin quand la personne n'arrive plus à se lever du lit par exemple. » (IC 3, Erythrée).

L'éloignement entre le lieu d'habitation et les hôpitaux des principales villes du pays peut entraîner parfois la mort de personnes atteintes de graves maladies. La présence de soldats autour des lieux de soin a notamment été évoquée par les interprètes comme un obstacle supplémentaire à des soins adéquats.

« S'il avait besoin vraiment d'un soin intensif, ils l'envoient dans une grande ville. Après, la personne, si c'était très grave, la majorité n'y arrivait pas, elle mourait sur le chemin. » (RA 10, Homme Erythrée).

« Ceux qui ont de l'argent ont de meilleurs médecins et ils ont plus de (...) possibilités. Ceux qui n'ont pas d'argent, ils ne peuvent pas aller à un médecin, un bon médecin, un bon hôpital ou... des bons soins... Si tu n'as pas d'argent, il faut mourir. » (RA 7, Homme Afghanistan).

Les interprètes communautaires soulignent que les médecins sont nombreux en Iran, et qu'il est possible de contracter une assurance, mais qu'il est obligatoire d'avoir suffisamment d'argent, en cash pour bénéficier de ce genre d'avantages. Les Afghans vivant en Iran peinent souvent à trouver un travail décent pour pouvoir financer une assurance-maladie. Les interprètes évoquent également l'existence de cliniques gratuites à Téhéran, dans lesquelles peuvent se rendre les personnes ayant peu de moyens : l'attente y est souvent de plusieurs jours. En Afghanistan, la guerre a rendu le système de santé très précaire à cause de la mainmise de certains groupes armés (les interprètes communautaires évoquent Daech et les Talibans). Les interprètes soulignent en outre que malgré la présence indispensable de quelques ONG, la Croix-Rouge se fait de plus en plus rare dans le pays, ce qui limite encore l'accès aux soins dans les régions pauvres et reculées.

La thématique des médicaments est revenue à plusieurs reprises dans les entretiens comme dans les focus group.

En Erythrée, il semblerait que les médicaments soient très rares, alors qu'en Afghanistan on évoque plutôt une grande méfiance vis-à-vis des potentielles contrefaçons venant d'Inde, du Pakistan ou d'Iran, ce qui incite à un retour vers des substances plus traditionnelles.

« En Afghanistan, on retourne vers le traditionnel. Parce qu'il y a tellement des médicaments qui viennent d'Iran ou d'Inde, du Pakistan, c'est contrefaçon. Et ils rendent les gens malades de plus en plus. Et en plus comme chez les médecins, il n'y a pas assez de... Comment on peut dire... du matériel qui manque. » (IC 1, Afghanistan).

Au vu de ces éléments, nous pouvons déjà identifier plusieurs facteurs susceptibles d'influencer la manière dont les RA perçoivent le système de santé vaudois à leur arrivée. Premièrement, consulter un médecin ne fait partie des habitudes ni des Afghans, ni des Érythréens. On ne se rend à l'hôpital que si l'on en a la possibilité, et que la situation est considérée comme très grave. Il peut ainsi s'avérer ardu pour ces populations de comprendre la nécessité de se rendre régulièrement à des consultations médicales, qui plus est dans des lieux distincts, avec différents spécialistes. Deuxièmement, le type de médecine proposée en Suisse diffère considérablement de celle mobilisée dans les pays d'origine. En effet, les traitements traditionnels sont très rarement proposés dans les consultations du pays d'accueil, ce qui peut susciter de l'incompréhension vis-à-vis de traitements méconnus. Par ailleurs, les médicaments sont fréquemment administrés et prescrits en Suisse, et attisent parfois un sentiment de méfiance. Certains interprètes ont également souligné le fait que les vaccins étaient obligatoires en Iran, raison pour laquelle plusieurs patients afghans ne comprennent pas l'importance de se faire à nouveau vacciner en Suisse. Enfin, lorsqu'on se rend à l'hôpital dans le pays d'origine, l'habitude est d'attendre la prise en charge médicale, même si cela peut prendre énormément de temps. Dans ce contexte, la prise de rendez-vous à l'avance peut paraître difficilement compréhensible. En outre, on peut établir un parallèle entre la manière de procéder dans le pays d'origine et le système des urgences tel que développé en Suisse : en effet, en cas de problème de santé, les RA savent qu'ils peuvent attendre aux urgences jusqu'à leur prise en charge. Il se peut par conséquent que ce système plus familier soit plus rassurant qu'un réseau perçu comme plus complexe.

■ Raconter son histoire de migration ?

Certains patients et interprètes communautaires (IC) mentionnent une possible méfiance vis-à-vis des questions liées au parcours migratoire : cela peut faire penser aux premières auditions après le dépôt de la demande d'asile et réactiver des souffrances. Les interprètes communautaires

Facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins chez les requérants d'asile du canton de Vaud en Suisse et recommandations

soulignent le climat de peur dans lequel vivaient les Erythréens dans leur pays d'origine, climat qui n'encourage pas à s'exprimer librement.

« Je ne veux pas que vous posiez trop de questions ; parce que ça va...des souvenirs, ça va sortir du passé et c'est possible que je me fasse mal. (...) J'ai essayé d'oublier tout le passé. Je souffre du passé et je n'ai pas pu l'oublier. » (RA 2, Homme Afghanistan).

Cependant, et pour la plupart, parler du parcours migratoire avec une personne de confiance peut faire du bien. La confiance se construit avec le temps, confiance également soulignée par les IC, tout comme l'importance de la qualité de la première rencontre.

« Moi je trouve bien parce que le parcours migratoire, on passe par beaucoup de difficultés. Et puis le fait qu'on vient ici et puis on partage des choses, ça aide plutôt. Parce que nous, dans notre culture, on n'exprime pas les choses très facilement alors ici, on peut parler, on peut exprimer. C'est quand même bien. Parce que des fois, si on ne parle pas, on a pas le soin, on se soigne pas ». (RA 13, Femme Erythréenne).

« Le parcours migratoire est difficile, ça peut être un soulagement, en fait. Le fait de partager des choses et puis, après, il peut y avoir aussi une aide, par exemple un suivi psychologique ou d'autres. Et puis pour moi, je crois que c'est une bonne idée, en fait. C'est de poser des questions. » (RA 12, Homme Erythréen).

« Je me rappelle, c'était à Nyon. J'ai trouvé bien. Moi j'ai trouvé plus que ce que j'avais attendu. L'infirmière m'a posé des questions sur le parcours où j'ai pu répondre. Mais elle était stressée car elle n'avait pas assez de temps, c'était court. » (RA 8, Homme Erythréen)

Les soignants de l'USMi relèvent que les Erythréens s'expriment plutôt volontiers sur leur parcours migratoire. Des divers obstacles ou difficultés jusqu'aux tortures subies, ces aspects sont généralement abordés dès le premier entretien. Toutefois, les soignants remarquent également que certains sujets, tels que la violence ou les viols, peuvent être sensibles à aborder, et ce d'autant plus qu'ils ne constituent pas une exception pour les RA.

« Il y a le phénomène « Bacha Bazi » chez les Afghans. Ces petits garçons ou ces petites filles éventuellement qui sont utilisés comme, traditionnellement, étant des acteurs de l'art, mais qui finissent comme objets sexuels finalement donc... Mais ça ils ne vont pas... Ils vont pas l'amener sur la table tout de suite, ça. Il faut bien creuser. S'ils l'amènent un jour. Certains peut-être mais je pense qu'il y en a quand même beaucoup qui ne diront peut-être rien ». (Soignant-e USMi 6).

« Quand on leur dit « est-ce que vous avez subi des violences ? » ils vont peut-être dire non parce finalement c'est intégré comme étant quelque chose de normal dans le trajet de devoir subir ça. Je pense à notamment tout ce qui est de l'intimité parce que les viols, c'est pas des choses qui remontent à la surface forcément, et pas tout de suite. Il y a plein de jeunes gens qui ont intégré le fait qu'ils risquent d'être violés pendant le voyage. La preuve en est c'est que les filles érythréennes, elles se font des injections de DepoProveraR avant de partir. (...) C'est peut-être plus tard, quand le lien se tisse, que des choses sont amenées. » (Soignant-e 1, USMi).

Que ce soit pour évoquer des sujets intimes ou pour dépasser la méfiance, les professionnels comme les patients insistent sur le fait que poser les questions adéquates peut aider à se confier.

« L'important c'est qu'ils vous connaissent, les soignants. Il faut qu'ils viennent une fois, deux fois, un peu de temps. Il faut du temps. Quand ils viennent une ou deux fois, ils font confiance. Tous ceux que j'ai vus, la première fois ils étaient méfiants, la deuxième fois ça va, et la troisième ils commencent à parler plus que nous, les interprètes. » (IC 6, Afghanistan).

Lorsque les questions des soignants présentent des similitudes avec celles posées lors d'entretiens réalisés au cours des procédures administratives, cela peut s'avérer fatal pour établir le lien de confiance nécessaire au bon déroulement de la relation thérapeutique. Au cours des entretiens menés avec les RA, ces derniers ont identifié des questions qui leur rappelaient les procédures liées à leur permis de séjour. Par ailleurs, plusieurs d'entre eux n'ont pas souhaité être enregistrés, de peur que certaines informations ne demeurent pas confidentielles. Enfin, parler de soi semble réactiver des traumatismes pour certains. Ainsi, si l'instauration d'un lien de confiance est indéniablement un facilitateur au recours au soin, certaines questions peuvent rapidement braquer les RA et engendrer une rupture de l'alliance thérapeutique.

■ Être en bonne santé, effets sur la santé

Afin d'appréhender la représentation de ce qu'est une « bonne santé » pour les RA, nous leur avons demandé de donner en quelques mots leur propre définition. L'accès à un travail ou aux cours de français, la possibilité de choisir et de faire ce qu'on a envie, pouvoir manger de tout, ne pas ressentir de stress, bien dormir, avoir le corps et l'âme reposés, ne pas prendre de médicaments, sont les éléments les plus fréquemment mentionnés. Dans l'ensemble, le fait d'avoir des activités, comme le travail, un apprentissage, le sport ou de rendre des services, semble dans la plupart des propos ce qui permet de se maintenir en santé.

Au niveau des effets du vécu sur la santé, les problèmes évoqués sont : maux de tête, problèmes de sommeil et prise de somnifères, pression mentale, soucis causés par un refus à la demande d'asile, tristesse, solitude, cauchemars, problèmes somatiques tels que l'hypertension artérielle, diabète, cholestérol. Pour les RA, tous ces maux sont en lien non seulement avec le vécu au pays et le parcours migratoire, mais également avec le manque de stabilité en Suisse et les problèmes quotidiens que cela engendre.

« Je suis détruite de l'intérieur. Seulement, je sauve l'apparence. Et même les enfants sont pareils. Parce que la vie est très très difficile. J'ai toujours mal à la tête, je dors mal, il faut que je prenne des somnifères, je suis sous pression et puis il y a beaucoup de souffrance. On ne va pas bien. Et on ne peut rien faire. On peut juste attendre et être patients. » (RA 17, Femme Afghanistan).

« Je t'ai expliqué déjà que toutes les nuits que moi je cauchemar. Si je vais continuer comme ça, ça ne va pas. Ma santé, toujours, elle est malade. » (RA 14, Homme Afghanistan).

« Ce sont des gens qui ont des parcours migratoires difficiles, avec un stress post-traumatique qui ne peut être qu'évident et qu'on ne peut même pas creuser parce qu'on ne parle pas la langue. Et puis, de nuit, on n'a pas le temps de faire ça, honnêtement. Soit on n'agit pas sur les causes du problème il va se répéter. » (Urgences 2).

Les personnes interrogées ont fréquemment mentionné la problématique du type de logement, notamment la question des abris de protection civile qui apparaît dans plusieurs entretiens et dans tous les focus group.

« Les procédures suisses elles sont longues, vraiment longues. Puis au bout d'un moment-là, deux ans, trois ans sans papiers, rien du tout, jusqu'à quand tu vas attendre ? Le lendemain tu regardes ta boîte aux lettres, il n'y a rien, y a rien, y a rien... deux ans, trois ans, tu n'as même pas envie d'apprendre le français, t'as pas envie de t'intégrer. Y a rien qui se passe dans ta tête. C'est à ce moment-là qu'il se passe les choses en fait. Vraiment, tu vas démoraliser et puis voilà. Tu vois que tu n'as pas d'avenir. Tu n'es pas quelqu'un comme les autres. Tu vis mais tu ne marches pas comme les autres. » (IC 7, Erythrée).

Les réponses des RA sur leur propre santé laissent entrevoir 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 ou un sport réguliers, ou encore de se sentir valorisés en proposant des services. Cet écart entre les envies des RA et leur vécu quotidien s'ajoute à la problématique du logement, qui représente un thème récurrent dans les propos des patients comme des soignants.

Ainsi, les nombreuses difficultés relatives au quotidien des RA ont de lourdes conséquences non seulement sur leur état de santé, souvent affaibli, mais également sur le déroulement des consultations : ces dernières deviennent un lieu opportun pour parler de leurs conditions de vie, en espérant que les soignants pourront changer quelque chose à la situation. Dans ce contexte, le risque est que le temps dévolu à la santé du patient lors d'une consultation, aux urgences comme à l'USMi, soit considérablement réduit au profit d'autres échanges relatifs à des problématiques plus administratives, lesquelles ne devraient théoriquement pas être traitées par les soignants. En outre, les soignants ressentent fréquemment de l'impuissance, de la frustration, voire une certaine colère à devoir consacrer autant de temps à une fonction qui devrait être assurée par d'autres. Dès lors, il devient très complexe pour le soignant d'effectuer une prise en soins optimale dans un laps de temps restreint sans être affecté émotionnellement et professionnellement par les obstacles administratifs auxquels sont quotidiennement confrontés les RA.

■ Représentations de la psychiatrie

Pour les représentants des deux pays, la psychiatrie est liée à l'état de folie ; la santé mentale est un sujet tabou. Les RA comme les interprètes communautaires érythréens ont souligné à plusieurs reprises l'existence d'un hôpital dans la capitale, mais uniquement pour les cas de « folie ». En Erythrée, pour les états anxio-dépressifs ou de stress, la famille tient lieu d'environnement soutenant. La fontaine d'eau bénite est utilisée fréquemment dans un espoir de guérison.

En Iran, pays dans lequel ont vécu de nombreux Afghans, la discipline de la psychiatrie semble mieux reconnue, et on commencerait à l'évoquer en Afghanistan. L'hôpital psychiatrique est réservé aux cas graves.

Les femmes se sont montrées plus ouvertes envers la psychiatrie mais peinent à passer le message à un entourage peu réceptif. Les femmes afghanes mentionnent notamment toute la question de l'honneur, qui freine les possibilités, surtout pour les hommes, d'accepter un suivi psychothérapeutique en cas de dépression par exemple.

« Dans mon entourage, ici, des gens voient que j'ai un souci de dépression à cause de ma situation ; donc je vais voir... je vais faire ce traitement. Donc je suis convaincue aussi que je vais être mieux. Donc dès qu'ils voient que je vais mieux, je suis une preuve, pour les autres. Donc dès qu'ils viennent, ces gens, il faut leur montrer des exemples. Par exemple, telle personne avait un souci de santé psychologique, donc il a fait le traitement, donc il a repris sa vie ; il travaille, donc il est en bonne santé maintenant. Donc, c'est très important : il faut leur expliquer de cette façon. » (RA 3, Femme Erythrée).

Facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins chez les requérants d'asile du canton de Vaud en Suisse et recommandations

« Comme maintenant, nous sommes tous des migrants et forcément la migration nous cause des ennuis. Je vois par exemple des signes de dépression chez mon mari puis je lui en parle et il dit « mais non ». Il résiste. Il dit « non mais je ne suis pas fou. » (RA 18, Femme Afghanistan).

Les soignants confirment la difficulté d'aborder les questions de santé mentale avec la population érythréenne et attribuent cela à de la méfiance. Unanimentement les IC considèrent que les RA ont besoin de parler et que cela peut les aider. Ils insistent sur l'importance d'expliquer ce qu'est la psychiatrie, d'avancer pas à pas et de gagner la confiance, afin de diminuer le risque que le patient ne revienne pas au deuxième rendez-vous.

« Il faut vraiment expliquer ce que c'est parce qu'on n'a pas l'habitude. Chez nous, le psychologue psychiatre, c'est la grand-maman, la tante. Pour les hommes, c'est plutôt l'oncle, le grand frère. Quelqu'un de confident, quelqu'un de confiance. Et quand ils arrivent ici, qu'on les balance comme ça pour dire : « Allez, maintenant il faut avoir des rendez-vous, tu ne vas pas bien. » Si je me permets, ça ne donne pas beaucoup de résultats. » (IC 9, Afghanistan).

« Chez nous par exemple, les Afghans ne connaissent pas le psychologue, surtout. Le psychiatre, oui, ils ont déjà entendu, mais c'est les fous qui vont chez le psychiatre. C'est vrai que maintenant, malgré la guerre, pas mal de choses ont changé. Mais le psychiatre c'est encore nouveau là-bas. Psychologue. Et il faut qu'on explique ce que c'est un psychologue. » (IC 1, Afghanistan).

« Donc ça, c'est ce qui se passe assez souvent quand on a rendez-vous avec des jeunes, en général des Érythréens qui ne veulent plus revenir chez le psychologue. Parce qu'ils n'ont pas forcément compris pourquoi ils sont là. Ils pensent qu'ils sont fous, en fait. Et qu'on les envoie là parce qu'ils sont fous. » (IC 3, Érythrée).

Le sujet de la psychiatrie et de la santé mentale est l'un des plus conséquents de notre recherche. En effet, la mauvaise santé psychique des migrants afghans et érythréens est évoquée tant par les principaux concernés, que par les soignants et les IC. Pourtant, il semble difficile de comprendre la pertinence d'un traitement psychothérapeutique au long cours et, par conséquent, d'y adhérer. Cette non adhésion à un traitement psychothérapeutique semble plus importante chez les patients masculins.

Si cette thématique mériterait une recherche à part entière, il paraît nécessaire d'évoquer ici les principales barrières à recourir à la psychothérapie. La méconnaissance de ce type de traitement est un premier obstacle : en effet, dans la mesure où la psychiatrie est surtout liée, dans le pays d'origine, à des états de forts délires ou de dangerosité, les personnes érythréennes et afghanes ont souvent une grande résistance à une prise en charge psychothérapeutique,

par crainte d'être associées à des personnalités fortement délirantes et susceptibles d'être un danger pour autrui, et d'être par conséquent mises à l'écart par leur communauté. Deuxièmement, le stress ou la dépression étant des notions peu connues avant l'arrivée en Suisse, l'identification ainsi que la compréhension de ce type de maux implique un long processus. Dans ce contexte, il peut arriver que les patients se braquent dès les premières séances de thérapie et refusent de poursuivre le traitement ; cet arrêt de suivi semble particulièrement important quand ils estiment que la nécessité de ce type de traitement ne leur est pas clairement explicitée. Enfin, il peut s'avérer difficile de considérer qu'un traitement principalement basé sur des échanges verbaux est efficace, qui plus est lorsqu'il n'est culturellement pas habituel d'exprimer ses émotions et son histoire de vie. On peut donc se demander dans quelle mesure le dispositif « classique » de psychothérapie est le plus adéquat pour prendre en charge la santé mentale des patients érythréens et afghans, et s'il n'y aurait pas lieu de réfléchir à d'autres possibilités de suivi (art-thérapie, thérapies corporelles, groupes de parole, etc.).

■ Urgences et rendez-vous manqués

Les problèmes de compréhension, de communication et de connaissance du système de santé semblent expliquer à la fois les rendez-vous manqués et la surreprésentation des RA aux urgences : pour ces derniers, se rendre à un rendez-vous fixé à l'avance ne correspond pas à leurs habitudes. A cela s'ajoute les problèmes de compréhension d'un horaire de train, la gestion de la distance entre le domicile et le lieu de rendez-vous, la lecture du courrier de convocation, la fatigue, un autre rendez-vous ou un cours de français qui coïncide, l'impossibilité d'appeler pour changer un rendez-vous en raison de la barrière linguistique, les oublis. Par ailleurs, les RA ne recourent généralement pas à un agenda, et doivent par conséquent trouver par eux-mêmes les moyens de ne pas oublier les rendez-vous. Plusieurs d'entre eux nous ont confié coller des petits papiers avec les différents rendez-vous dans un endroit visible, ou prendre des photos des convocations sur leur téléphone portable.

En ce qui concerne les urgences, il est naturel pour les Érythréens et les Afghans de s'y rendre car c'est un système simple et connu : on y va en cas de besoin et on attend. Plusieurs d'entre eux indiquent toutefois être informés que les urgences sont destinées à accueillir plutôt des cas graves. Dans plusieurs entretiens ainsi que dans le focus group avec les interprètes communautaires, le rôle du Securitas dans les foyers a été abordé : il est en effet la personne mobilisable durant la nuit ou pendant le week-end. En cas de maladies ou de blessures, c'est à lui qu'on fait appel pour contacter le taxi ou l'ambulance en direction des urgences. Les entretiens révèlent en outre que le Securitas propose souvent spontanément aux RA de se rendre aux urgences quand survient un problème de santé.

« Quand tu vas aux urgences, ils ne te donnent pas de rendez-vous. Tu es soigné tout de suite, tu sauras ton problème, ce qui ne va pas. C'est le meilleur endroit où on doit aller. Tu es soigné tout de suite, tu sauras ton problème, ce qui ne va pas. Et on ne va pas te donner un autre rendez-vous. C'est le meilleur endroit où on doit aller. Il y a deux semaines, ma femme était très malade, nous sommes allés aux urgences à Monthey. Ils lui ont donné des médicaments, une perfusion. Maintenant elle va bien. » (RA 5, Homme Erythrée).

Puisque ni les conditions de vie des RA dans le pays d'accueil, ni leurs habitudes dans le pays d'origine ne favorisent l'adhésion à des pratiques telles que fixer des rendez-vous à l'avance sur des petites cartes, la manière de convoquer à une consultation nécessite d'être totalement repensée si l'on veut espérer plus de régularité dans la présence aux consultations et une diminution de la fréquentation des urgences par les personnes issues de l'asile.

« En Érythrée, quand on est malade, on va à l'hôpital, on fait la queue puis après on voit le médecin. Donc les urgences pour eux c'est la même chose. Donc il faut vraiment expliquer la différence. » (IC 3, Erythrée).

Du point de vue des soignants, les urgences ne sont pas un lieu adéquat pour répondre aux besoins des patients : l'accès à l'interprétariat est très limité et les difficultés de communication empêchent une anamnèse précise et la délivrance d'une information adéquate. Les soignants interrogés soulignent que derrière les troubles comme les épigastralgies, les douleurs abdominales ou les céphalées se cachent souvent des états anxieux, qu'il est difficile d'appréhender dans ce contexte de soins.

Un très fort sentiment de frustration est relevé par les soignants des urgences qui se retrouvent face à leur impuissance et au manque de temps ; la prise en charge de cette population peut être source d'épuisement et d'agacement.

« Enfin, y a plein de... De choses qui disent... Enfin, qui nous font penser qu'il y a quelque chose de psycho-somatique derrière et puis là, enfin, c'est extrêmement frustrant parce qu'on n'arrive pas... On ne peut vraiment pas aller plus loin, quoi. Enfin, on ne peut pas poser toutes ces questions, faire une analyse psy par google translate en tigrinya ; c'est juste pas possible. » (Urgences 3).

« C'est assez terrible mais on dit ça : « de la médecine vétérinaire ». Parce qu'on ne peut pas communiquer avec le patient, ça ne marche pas. Donc on fait vraiment à la symptomatologie, avec des échelles visuelles de la douleur, voilà. Ce n'est pas facile. Et c'est moche, hein, d'en arriver là. » (Urgences 2).

« Mais y a aussi tellement d'inquiétude. Parce que souvent quand on creuse un peu, ils viennent aussi de recevoir une

lettre de non-entrée en matière ou bien ils n'ont pas compris quelque chose. » (Urgences1).

Par ailleurs, le focus group mené avec les soignants des urgences a révélé que ces derniers méconnaissaient totalement le travail de l'USMi, et notamment celui de l'infirmière de liaison.

« J'aimerais bien leur faire commencer un suivi ou un soutien ou m'assurer qu'ils aient une prise en charge à ce niveau-là, justement pour traiter toutes ces douleurs abdominales, ces brûlures d'estomac, tout ça, pour lesquelles on sent très bien qu'au fait c'est une cause psycho-somatique derrière. Et puis finalement, pour cette raison-là, je ne sais pas très bien où les adresser, en fait. » (Urgences 4).

Ainsi, alors qu'ils pourraient aisément mobiliser leurs collègues, travaillant, qui plus est, au sein du même département hospitalier, les soignants des urgences ne savent souvent pas à qui référer des cas complexes et se sentent totalement démunis. Ce point est capital car il met en exergue de grandes lacunes dans la communication entre réseaux de soignants, laquelle a un impact direct sur un recours inadapté au système de santé par les RA.

DISCUSSION

Les données recueillies et analysées apportent un nouvel éclairage sur les problématiques énoncées en début de recherche. Certains éléments présentent une importance particulière dans une optique d'amélioration de l'accès aux soins pour les RA.

Les RA comme les professionnels s'accordent sur la nécessité de créer un lien de confiance pour faire exister la relation thérapeutique, ce qui demande de la disponibilité, du temps et, dans la mesure du possible, la continuité du soignant. Les propos convergent également sur le besoin d'offrir un espace de parole suffisamment large pour aborder le vécu (parcours migratoire et difficultés dans le pays d'accueil), vécu qui a souvent des impacts sur la santé physique et psychique. Il semble essentiel d'accorder du temps pour informer les personnes sur le fonctionnement du système de santé vaudois/suisse. Enfin, la moyenne d'âge peu élevée de la population concernée renforce la nécessité d'une attention particulière.

Les RA afghans et érythréens sont habitués dans leurs pays d'origine à mobiliser des traitements traditionnels en cas de maladies bénignes. Certains d'entre eux expriment de la réticence vis-à-vis des médicaments. Ils ont l'habitude de se déplacer en cas de maladie sérieuse jusque dans un hôpital et d'attendre longuement une consultation. La prise de rendez-vous n'est pas du tout usuelle. Communication, compréhension (de la langue et du système), priorisation entre différents rendez-vous, oublis sont les raisons évoquées par l'ensemble

Facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins chez les requérants d'asile du canton de Vaud en Suisse et recommandations

des personnes interrogées pour expliquer la problématique des rendez-vous manqués dans le pays d'accueil.

Une compréhension limitée du système de santé aboutit souvent à une utilisation inadéquate des ressources en santé dans les pays d'accueil, comme par exemple un recours inapproprié aux urgences. Les focus group ont par ailleurs révélé un manque de communication entre les urgences de la PMU et l'USMi, et une absence de collaboration due à une méconnaissance du travail de l'USMi et du soutien proposé par cette unité. L'absence de collaboration non seulement détériore le bien-être des équipes soignantes des urgences, mais empêche parfois également d'assurer un suivi approprié pour certains usagers des urgences.

Les données recueillies nous ont permis de comprendre les différences fondamentales entre la psychiatrie pratiquée en Afghanistan et en Érythrée et celle pratiquée en Suisse, ainsi que les différences de représentations vis-à-vis de la psychiatrie. Ces représentations constituent une barrière importante aux soins psychiques dans le pays d'accueil. On peut émettre l'hypothèse que les circonstances de vie, l'absence de soutien familial, ainsi que la méfiance vis-à-vis des suivis en santé mentale favorisent des comportements agressifs. Il s'agirait ainsi de réfléchir à des moyens adéquats afin non seulement d'aborder la santé mentale pas à pas avec les RA mais également de proposer des dispositifs psychothérapeutiques qui ne soient pas uniquement axés sur l'expression verbale.

À l'issue des entretiens, les participants ont été interrogés sur l'utilité d'avoir un « parrain » au moment de l'arrivée en Suisse, une personne de la même culture, ayant vécu un parcours identique et qui jouerait le rôle d'accompagnant dans les premiers moments. L'utilité de la démarche a été unanimement approuvée par les Afghans et Érythréens interrogés, en particulier au début du séjour. Plusieurs d'entre eux se sont spontanément proposés pour ce rôle. Les IC ont validé cette idée, en insistant sur une aide spécifiquement proposée à l'arrivée, afin de ne pas freiner l'intégration des personnes. Pour les soignants des urgences, l'idée d'un pair qui parraine et accompagne la personne dans ses déplacements « changerait tout ».

À l'issue de cette recherche, il semble que la confiance et une communication se dégagent comme les principaux facilitateurs d'un recours aux soins (Annexe 1). Ainsi, des pistes de réflexion et d'action relatives à ces facilitateurs devraient se développer sur plusieurs niveaux : avoir un parrain ou une marraine qui communique avec le RA et l'accompagne dans les premières démarches pour faciliter la compréhension, notamment, du système de santé ; inciter les soignants à prendre le temps de décrire les soins et les techniques, afin de s'assurer que les patients comprennent la démarche et ne développent pas de méfiance vis-à-vis des traitements somatiques comme psychothérapeutiques ; développer des outils de transmission de l'information ; insister sur davantage d'échanges entre soignants des différents services.

CONCLUSION

Les nombreux résultats découlant de cette recherche nous ont permis, premièrement, de mieux saisir dans les détails les aspects qui rendent difficile un recours aux soins optimal pour les RA à travers les propos des principaux intéressés. Par ailleurs, les entretiens réalisés auprès des soignants de l'USMi et des urgences mettent en exergue un certain nombre de problèmes de communication et de diffusion de l'information entre services d'une même structure hospitalière, problèmes que nous n'avions pas du tout anticipés et qui participent largement à complexifier la mise en réseau des acteurs du soin dans la prise en charge des RA. Dans ce contexte, le regard des interprètes communautaires est indispensable, dans la mesure où ces acteurs accompagnent les patients lors de consultations diverses et qu'ils sont souvent les plus à même d'identifier non seulement les obstacles à une bonne compréhension du système de santé par les RA, mais aussi les difficultés d'adhésion de ces derniers aux pratiques et habitudes de soin développées dans le pays d'accueil.

Ces résultats nous permettent en partie de répondre à nos deux premiers objectifs, à savoir dresser l'état des lieux des problématiques en lien avec la prise en charge de la santé des RA d'origine érythréenne et afghane du canton de Vaud et avoir une meilleure compréhension des besoins spécifiques à ce type de population. Les principales limites sont liées au fait que le financement accordé à cette recherche n'a pas laissé la possibilité d'investiguer les perceptions de la totalité des soignants actifs auprès des RA dans le canton de Vaud, notamment le réseau de médecins de premier recours, ainsi que celui de psychologues et de psychiatres spécialisés dans cette prise en charge. Il aurait également été souhaitable d'étendre l'investigation à des requérants d'autres origines, afin de repérer les différences et similitudes en fonction de populations.

Afin de répondre au troisième objectif (mise en place de mesures concrètes pour l'accès aux soins), une série de recommandations destinées aux différents intervenants impliqués dans la prise en charge sanitaire et sociale des RA du canton de Vaud ont été émises. Ces recommandations sont regroupées par thématiques, et, pour chacune, des mesures concrètes ont été énoncées. Parmi les recommandations concrètes, figurent premièrement les propositions visant à améliorer la compréhension du réseau de soins, non seulement par les patients érythréens et afghans, mais aussi entre les différentes structures chargées de leur prise en charge : distribuer un document contenant les principales informations relatives au système de santé du canton ainsi qu'aux différents lieux de soin traduit dans la langue des patients ; mettre en place un système de parrainage pour tous les nouveaux arrivants ; appeler une infirmière de référence de l'USMi en cas de question des urgences ; présenter chaque six mois l'activité de l'USMi au service des urgences ; proposer une formation en tant que référent pour les RA aux soignants des urgences qui le souhaitent.

Pour limiter le nombre de rendez-vous manqués, nous proposons la traduction des fiches de convocation en plusieurs langues principales, la mise en place d'un système de rappel pour tous les rendez-vous, par téléphone ou sms, ainsi que des matinées de consultation sans rendez-vous pour tous les nouveaux arrivants.

Dans nos recommandations, nous rendons les soignants attentifs à l'impact du vécu passé et présents sur la santé des RA, et sur la nécessité de tenir compte de ces aspects dans la prise en charge. Il importe également d'établir un lien de confiance, car ce dernier est essentiel à la qualité de la relation thérapeutique. Cela nécessite du temps, de la disponibilité et le maintien du même soignant chaque fois que cela est possible. L'aspect de la santé mentale est particulièrement important : le stress est une notion nouvelle pour les personnes érythréennes et afghanes, et ce thème devrait être abordé systématiquement lors d'un entretien ; il en va de même pour les représentations de la psychiatrie qui doivent être explicitées de part et d'autre. Dans cette démarche, il est primordial de favoriser le rôle de l'interprète communautaire. Nous pensons par ailleurs que le sujet de la médication devrait être discuté afin de comprendre la perception du RA vis-à-vis de ce type de traitements.

Enfin, dans une plus large mesure, le travail, l'école, le fait d'avoir une activité étant cités à de multiples reprises en tant qu'éléments essentiels à la bonne santé, une priorité absolue devrait être donnée pour offrir une occupation de toutes les personnes dans le système de l'asile.

Cette étude apporte une meilleure compréhension des besoins et attentes des RA concernant l'accès aux soins dans le canton de Vaud. Elle a également mis en évidence les améliorations à effectuer pour une meilleure collaboration entre les urgences de la PMU et le service dédié à l'accueil sanitaire des RA. Enfin, elle a permis d'élaborer un certain nombre de suggestions concrètes et réalistes qui bénéficieront non seulement aux RA, mais, plus largement, aux services de santé impliqués dans leur prise en charge. Par ailleurs, puisque la crise migratoire et ses effets ne se limitent pas à la Suisse, nous espérons que les résultats de notre recherche ainsi que les recommandations qui en découlent pourront contribuer à l'amélioration du recours aux soins par les RA dans d'autres pays concernés par cette problématique.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Références

1. Secrétariat d'état aux migrations (SEM). Politique d'asile [En ligne]. Berne: SEM; 2019. [cité le 26 février 2019]. Disponible: <https://www.ekm.admin.ch/ekm/fr/home/flucht--asyl/ueberblick.html>

2. Secrétariat d'état aux migrations (SEM). Statistiques en matière d'asile 2018 [En ligne]. Berne: SEM; 2018. [cité le 26 février 2019]. Disponible: <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/aktuell/news/2019/2019-02-01.html>

3. United Nations. Human Rights Council. Report of the commission of inquiry on human rights in Eritrea [En ligne]. Geneva: Human Rights Council; 2015. [cité le 26 février 2019]. Disponible: <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/ColEritrea/Pages/ReportColEritrea.aspx>

4. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). UNHCR Eligibility guidelines for assessing the international protection needs of asylum seekers from Afghanistan [En ligne]. Geneva: UNHCR; 2018. [cité le 26 février 2019]. Disponible: <https://www.refworld.org/docid/5b8900109.html>

5. Bodenmann P, Althaus F, Burnand B, Vaucher P, Pécout A, Genton B. Medical care of asylum seekers: a descriptive study of the appropriateness of nurse practitioners' care compared to traditional physician-based care in a gatekeeping system. *BMC Public Health*. 2007 Oct;7:310.

6. Bodenmann P, Ninane F, Pahud-Vermeulen B, Dory E, Monnat M, Cornuz J, et al. Afflux de migrants: une responsabilité médicale et sanitaire. *Bulletin des Médecins Suisses*. 2015 Dec; 96(50-51):1881-3.

7. Jaton L, Kritikos A, Bodenmann P, Greub G, Merz M. Crise migratoire et résurgence d'infections en Suisse. *Rev Med Suisse*. 2016;12:749-53.

8. Paillard Durieux S. Risques sanitaires liés aux récents phénomènes migratoires: mythe ou réalité ? *Revue médicale suisse*. 2016;12:869-72.

9. Bartolemei J, Baeriswyl-Cottin R, Rathelot T, Premand N, Dechoux D, Benzakour L. Evolution à Genève des soins psychiatriques pour les personnes requérantes d'asile. *Revue médicale suisse*. 2017;12:1617-20.

10. Ambrosino F. La consultation infirmière : expérience dans le centre d'accueil des migrants de Lausanne. [mémoire de Master 1 en Sciences cliniques infirmières]. Rennes: Ecole des hautes études en santé publique; 2012.

11. Laurent M. Requérants d'asile : quelles représentations de la santé et de la maladie ? Comprendre et élaborer une réflexion théorique autour des représentations de la santé et de la maladie dans un contexte de demande d'asile dans le canton du Jura. [Mémoire de psychologie]. Lausanne: Université de Lausanne; 2013.

12. Université de Neuchâtel. Faculté des lettres et sciences humaines. SFM -Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population [En ligne]. Disponible: <https://www.unine.ch/sfm/fr/home/publications.html>

13. Womersley G, Kloetzer L, Goguikian Ratcliff B. Mental Health Problems Associated with Asylum Procedures of Refugees in European Countries [En ligne]. Neuchâtel: National Center of Competence in Research - The Migration-Mobility Nexus; 2017. [cité le 26 février 2019]. Disponible: <https://libra.unine.ch/Publications/36446>

14. O'Donnel CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. «They think we're OK and we know we're not». A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Serv Res*. 2007 May 30;7:75.

15. Asgary S, Segar N. Barriers to Health Care Access among Refugee Asylum Seekers. *J Health Care Poor Underserved*. 2011 May;22(2):506-22.

16. Jonzoni R, Lindkvist P, Johansson E. A state of limbo-in transition between two contexts: Health assessments upon arrivals in Sweden as perceived by former Eritrean asylum seekers. *Scand J Public Health*. 2015;43(5):548-58.

17. Pottie K. Special collection: the health of refugees and asylum seekers in Europe [En ligne]. *Cochrane library*; 2016. [cite le 3 juin 2019]. Disponible: <https://www.cochrane.org/news/special-collection-health-refugees-and-asylum-seekers-europe>

18. Grbich C. Qualitative data analysis: an introduction. 2e éd. London: Sage Publications Ltd; 2012.

Facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins chez les requérants d'asile du canton de Vaud en Suisse et recommandations

Annexe 1 : Facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins

