

# RAPPORT D'ETUDES

## **Professionnels infirmiers et usagers requérants d'asile dans un réseau de santé.**

**Approche socio-anthropologique des politiques de santé**

Auteurs :

Ilario Rossi  
Marion Droz-Mendelzweig  
Geneviève Pasche  
Michel Fontaine

Adresse des auteurs :

Haute Ecole de la Santé La Source  
Avenue Vinet 30, 1004 Lausanne, Suisse

Policlinique Médicale Universitaire  
Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne, Suisse

---



## Haute Ecole de la Santé La Source

Avenue Vinet 30  
1004 Lausanne  
Suisse  
Tél. +41 21 641 38 00  
Fax +41 21 641 38 38  
[www.ecolelasource.ch](http://www.ecolelasource.ch)

## Policlinique Médicale et Universitaire

Rue du Bugnon 44  
1011 Lausanne  
Suisse  
Tél. +41 21  
Fax +41 21  
[www.polimed.ch](http://www.polimed.ch)

Service de santé infirmier pour  
les requérants d'asile (SSIRA)

### **Requérant principal**

Michel Fontaine  
Docteur en sciences sociales  
Professeur HES – Lausanne

### **Directeur scientifique**

Ilario Rossi  
Docteur en sociologie et en anthropologie  
Professeur à l'Université de Lausanne

### **Collaborateurs scientifiques**

Marion Droz Mendelzweig, cheffe de projet  
Geneviève Pasche, chargée de recherche

---

## **Collaborateurs de la recherche**

Nous tenons à remercier Monsieur Jérôme Debons, titulaire d'une maîtrise en sciences sociales de l'Université de Lausanne, qui a participé, sur mandat ponctuel, à la rédaction du chapitre 3 de cette étude.

Nous remercions également les enquêteurs enseignants HES, Mesdames et Monsieur : Brigitte Bally, Dominig Burnand, Marianne Chappuis, Sabine Guys, Ursula Jobin, Claude Moser, Christine Waeber-Bischoff, Phyllis Wieringa,, Rose-Marie Wolhoff, Philippe Pahud,

ainsi que les interprètes-médiateurs culturels, Mesdames et Messieurs : Georgette Burnier, Ucurum Fidan, Amin Abdul Jabar, Mohammed Khaldi, Elisabeth Lungwa, Azmi Merita, Zico Mpembele Lingala, Miftari Rabbit, Sopa Sanije, Gebrhiwot Sebhatu,

sans lesquels cette recherche n'aurait pu se faire.

Nos remerciements vont aussi à l'association Appartenances, et plus spécialement son service Intermedia, qui nous ont assisté pour mener les enquêtes auprès des requérants d'asile.

Merci encore au personnel du SSIRA et aux requérants d'asile pour leur disponibilité et la confiance qu'ils ont bien voulu nous accorder pour la réalisation de cette étude.

## **Secrétariat et correction du rapport**

Andrée Favre  
Didier Weber

## **Cette recherche a bénéficié du subside du FNR, Fond DORE et de la CTI :**

Fond DORE : n° 101211

CTI : n° 6458.1

Référence de l'étude : **Rossi I., Droz Mendelzweig M., Pasche G., Fontaine M., *Professionnels infirmiers et usagers requérants d'asile dans un réseau de santé. Approche socio-anthropologique des politiques de santé*, HES La Source, PMU/SSIRA, Lausanne, co-financée par la CTI et le FNS**

Lausanne, le 30 juin 2004

## **Avant-propos**

La rédaction de ce rapport d'études est certes le fruit d'un travail collectif, mais, pour respecter les spécificités et les compétences des quatre principaux auteurs, il a été jugé opportun d'attribuer la rédaction plus spécifiquement de tel chapitre à tel chercheur.

Ainsi, l'Introduction est plus spécialement à attribuer à Ilario Rossi.

Le Premier chapitre à Ilario Rossi et Marion Droz Mendelzweig.

Le Deuxième chapitre à Geneviève Pasche et Michel Fontaine.

Le Troisième chapitre à Marion Droz Mendelzweig et Ilario Rossi.

Et la Conclusion à Michel Fontaine et Ilario Rossi.

Cette réalité, malgré un réel souci d'homogénéiser le mieux possible l'ensemble du texte, pourrait entraîner, à certains moments, un sentiment de discontinuité du propos pour le lecteur.

Nous rendons attentif le lecteur que l'option d'utiliser le masculin, dans la rédaction, est uniquement liée à des considérations pratiques.

Par ailleurs, les termes « immigrés RA », « RA », « migrant RA » et « patient RA » renvoient au même sens.



# **Résumé**

## ***Professionnels infirmiers et usagers requérants d'asile dans un réseau de santé***

### ***Approche socio-anthropologique des politiques de santé***

*Cette recherche s'est inscrite dans un partenariat entre la PMU et la Haute Ecole de la Santé La Source et s'est réalisée entre février 2003 et juin 2004. Elle a bénéficié du soutien du Fonds DORE et de la CTI. L'observation des interactions confrontant des professionnels infirmiers à des patients au parcours et statut aussi complexes que celui de requérant d'asile (RA), a soulevé, comme on s'y attendait, de multiples interrogations relatives aux conceptions de la santé et du soin, du point de vue individuel, professionnel, institutionnel et politique.*

#### ***Contexte de la recherche***

*Le réseau de santé pour les requérants d'asile hébergés dans le canton de Vaud (réseau FARMED) a constitué le terrain de cette recherche, plus particulièrement son Service de santé infirmier pour requérants d'asile (SSIRA). Instauré en 1998, ce réseau de santé se veut une réponse pratique aux doubles injonctions dictées par la LAMal et la loi sur l'asile : fournir aux RA des prestations médico-sanitaires identiques à celles accordées aux citoyens helvétiques tout en restreignant leur liberté de choix d'assureur et de prestataires de soins. Le réseau FARMED a donc été conçu pour contrôler les coûts de la santé de la population des RA résidant dans le canton de Vaud, tout en affichant la volonté d'assurer une qualité optimale des soins. Ce réseau présente la particularité de doubler le système de filtration des patients grâce au service infirmier – le SSIRA – auquel échoue la responsabilité du décryptage de la demande de soins, de dispenser les premiers soins et d'évaluer la pertinence de l'orientation du patient vers un médecin de premier recours (MPR), lequel, le cas échéant, réfèrera le patient vers un médecin spécialisé, d'où le second filtre.*

#### ***Les objectifs de cette recherche ont été :***

- *Examiner le rôle carrefour attribué aux infirmiers dans le cadre du réseau afin de voir comment ces professionnels abordent la diversité culturelle des usagers de leur service et la multiplicité des références à la santé et à la maladie que cela implique.*
- *Apprécier les incidences de ce dispositif en réseau sur les savoirs et les pratiques infirmières ainsi que sur le statut de ces professionnels en termes de rôle et de responsabilités.*
- *Analyser le rôle dévolu aux infirmiers dans le cadre de FARMED, les implications éventuelles de ce changement de culture professionnelle et apprécier le positionnement des professionnels infirmiers à cet égard.*

*Enfin, pour répondre à ces questions et vérifier la pertinence de ce réseau quant à ses intentions déclarées d'efficacité médicale, il nous est apparu indispensable d'étudier le parcours et les pratiques de santé d'un échantillon de requérants d'asile au sein du réseau de santé. C'est en recueillant les points de vue de ces derniers sur leur état de santé et sur les soins qui leur sont dispensés qu'il nous a semblé possible d'apprécier l'activité infirmière offerte dans le cadre de ce réseau.*

### **Méthode d'analyse**

*De type exploratoire, qualitative et interprétative, cette recherche s'est déroulée sur deux volets parallèles.*

- 1. L'un a consisté en entretiens semi-directifs menés individuellement avec chacun et chacune des infirmiers du SSIRA. Pour compléter les résultats de ces entretiens, des discussions de groupes (focus group) ont été menées avec les collaborateurs de chacun des trois centres de santé au sein desquels sont répartis les infirmiers du SSIRA.*
- 2. L'autre volet concernait des entretiens avec une cinquantaine de RA référés par les infirmiers du SSIRA, moyennant concordance avec des critères de provenances et de pathologies retenus et du consentement de ces personnes à répondre à nos questions (après aval de la Commission d'éthique de la recherche du CHUV).*

### **Constats principaux**

*C'est au travers de la pratique des professionnels du SSIRA que se révèle aussi la problématique des requérants d'asile, mais cette étude n'a pas eu comme objectif d'analyser la situation politique de ces derniers. C'est pour cela que nous nous en tenons aux trois constats conclusifs suivants :*

#### *Au niveau de la pratique infirmière*

*Il nous est apparu que le terme de « mal-être » est plus approprié pour englober les situations traitées par ces infirmiers et infirmières que celui de maladie. Toutefois, si les problèmes psychosociaux de leurs patients constituent le noyau des problématiques de santé qu'ils traitent, la manière de les aborder diffère d'un professionnel à un autre. Plusieurs se sont montrés préoccupés par ce qui est perçu par eux-mêmes comme un manque de compétences. Les divergences sur la manière de remédier à ces lacunes se révèlent également indicatives des nuances de points de vue sur la fonction infirmière dans ce contexte de soins : certains souhaitent une formation plus approfondie, d'autres l'accessibilité à des référents spécialistes capables de les aider à intervenir de façon plus pointue, tandis que d'autres encore pensent que le feeling, l'intuition et le bon sens sont l'apanage et la spécificité de leur profession. Il apparaît aussi qu'il y a inadéquation entre l'insuffisance de prise en charge des problèmes psychiques des patients RA, reconnue de tous les prestataires de soins, et la demande faite au SSIRA par sa structure de tutelle – la PMU – de privilégier les consultations de courte durée. Le lien entre la précarité des conditions de vie imposées aux RA et les problématiques de santé qu'ils présentent place les infirmiers dans une réelle impuissance par absence d'emprise sur la cause du problème.*



### Au niveau d'un référentiel

*Une référence implicite mais sous-jacente est faite au concept de « santé communautaire » ou d'approche communautaire de la santé. Nous avons relevé à ce sujet un paradoxe, voire un malaise. Malgré le fait que les infirmiers offrent une prise en charge qui se veut globale, ils réalisent très vite les difficultés à entrer dans une démarche communautaire de la santé. En effet, les requérants d'asile ne peuvent être à part entière des partenaires acteurs et librement engagés dans leur problématique de santé. La priorité des RA est l'obtention d'un permis de séjour et la régularisation de leur situation. Tant que leur situation légale n'est pas réglée, ils ne peuvent agir en citoyens. Nous avons là un obstacle à une approche « santé communautaire », celle-ci impliquant une participation pleine et responsable du sujet à l'égard de sa situation.*

*En raison de cette ambiguïté, il apparaît normal que les professionnels du SSIRA voient leur intervention tronquée. D'où probablement l'explication d'un certain malaise. Une action qui se veut globale en matière de santé renvoie nécessairement le « sujet » à une action libre et citoyenne, ce que ne peut réellement faire un requérant d'asile, vu son statut.*

### Au niveau du statut et du rôle infirmier

*L'observation du fonctionnement du SSIRA nous a permis également d'évaluer la portée de l'autonomie infirmière accordée à ces professionnels dans le cadre d'un réseau de santé. Si cette autonomie est considérée comme un avantage éminent aux yeux des intéressés et participe de leur motivation à exercer dans ce contexte, il apparaît néanmoins qu'elle ne modifie pas réellement leur statut aux yeux des partenaires médecins du réseau de santé.*

*Si la fonction infirmière dans le réseau FARMED se voit aux prises entre différents hiatus, considéré sous l'angle des usagers du réseau, en revanche, le rôle d'écoute, de connaissance du patient et de son entourage, ainsi que la capacité à analyser des situations et d'y répondre en termes de soutien, de conseils et d'informations, est hautement apprécié. Au vu du néant relationnel causé par la situation d'émigré, cette relation est éminemment soignante. Il nous semble cependant qu'une approche systémique de type approche communautaire de la santé, qui engloberait les membres des cellules familiales concernés et associerait les approches disciplinaires du biologique, du psychologique et du social, pourrait plus efficacement soutenir les patients et les aider à s'extraire des situations vicieuses qui sont souvent les leurs. Mais ce constat nous renvoie au malaise évoqué précédemment concernant le référentiel et la formation.*

*Malgré ces difficultés, il apparaît clairement qu'un profil nouveau de professionnel est en train de se construire (d'autres expériences anglo-saxonnes, en particulier, nous confortent dans cette appréciation) et l'expérience du SSIRA y participe.*

*Avec ce profil nouveau de professionnel nous touchons :*

- 1. à l'élargissement de l'autonomie d'une profession avec ses conséquences sur d'autres professions. C'est la reconnaissance d'une autonomie professionnelle ;*
- 2. à la visibilité d'un savoir expérientiel<sup>1</sup> tout aussi important qu'un savoir structuré, donc au souhait légitime de constituer un corps de savoirs reconnus. C'est l'entrée dans un processus de recherche et de formation diplômant. Une formation complète en santé communautaire appartient à ce processus<sup>2</sup> ;*
- 3. à l'élargissement de l'expérience du SSIRA au reste de la population autochtone. C'est l'engagement vers une politique d'approche communautaire de la santé à l'échelon cantonal, voire national. C'est poursuivre l'expérience au-delà d'une population spécifique.*

*Les systèmes de santé sont en pleine mutation. De nombreux travaux présentent les soins de santé primaires comme une philosophie et un modèle susceptibles d'améliorer les soins de santé autant dans les pays occidentaux que dans les pays en voie de développement et la profession infirmière est pleinement engagée dans cette nouvelle approche. Cette étude a montré combien les pratiques infirmières du SSIRA sont concernées par cette réflexion sur les soins de santé primaires. Il y a là une contribution essentielle par l'impact de cette approche des soins sur le système de santé dans sa totalité.*

*Il reste à être conscient que l'analyse d'une telle mutation est de type systémique. Il est essentiel que l'initiative appartienne au corps infirmier, tout en sachant que c'est à la fois l'œuvre d'un travail pluriprofessionnel et pluridisciplinaire, mais aussi l'œuvre d'un engagement stratégique et de volonté politique des institutions concernées.*

***Ilario Rossi, directeur scientifique, Policlinique médicale et universitaire***  
***Marion Droz Mendelzweig, cheffe de projet, Haute Ecole de la Santé La Source***  
***Geneviève Pasche, chargée de recherche indépendante***  
***Michel Fontaine, requérant principal, Haute Ecole de la Santé La Source***

---

<sup>1</sup>*Il faut entendre ici par savoir expérientiel, le savoir accumulé par l'expérience d'une pratique soignante ainsi que par les formations reçues telles celles du SSIRA et de FARMED. Ce savoir, le plus souvent de type additionnel, a besoin d'être « ordonné » et à être pensé en termes de liens disciplinaires.*

<sup>2</sup>*Nous pouvons citer, à titre d'exemples dans le Canton de Vaud, quelques formations existantes : la formation post-grade dans le domaine de la santé communautaire de la HES La Source, le Certificat de formation continue délivré par le Service de formation continue de l'Université de Lausanne en collaboration avec les HES « Migration, pratiques professionnelles et relation interculturelles », le Diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales, option « santé communautaire » en collaboration entre l'Université Marc Bloch de Strasbourg et la HES La Source.*

# Table des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
CONTEXTE DE LA RECHERCHE : CRISES DES SYSTÈMES DE SANTÉ ET RÉSEAU FARMED .....	1
<b>1. LE RÉSEAU DE SANTÉ FARMED ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE.....</b>	<b>11</b>
1.1 ORIGINE ET FINALITÉ DU RÉSEAU .....	13
1.2 SOINS INFIRMIERS ET RÉSEAU FARMED .....	17
1.3 REQUÉRANTS D'ASILE ET RÉSEAU FARMED .....	22
1.4 QUESTIONNEMENTS.....	26
1.5 APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE ET DISPOSITIF DE L'ENQUÊTE.....	36
1.5.1 <i>L'enquête auprès des infirmiers du SSIRA</i> .....	36
1.5.2 <i>Recrutement des médiateurs culturels : difficultés et modalités</i> .....	40
1.5.3 <i>Recrutement des enquêteurs : difficultés et modalités</i> .....	42
1.5.4 <i>L'enquête en duo : difficultés et modalités</i> .....	43
<b>2. SAVOIRS ET PRATIQUES INFIRMIERS DANS LE CADRE DU RÉSEAU FARMED .....</b>	<b>45</b>
2.1 LE CADRE INSTITUTIONNEL .....	47
2.1.1 <i>Motivations des infirmières à travailler au SSIRA</i> .....	47
2.1.2 <i>Perception des infirmiers de leurs différentes appartenances institutionnelles (FAREAS / PMU)</i> .....	50
2.1.3 <i>Pratiques infirmières au sein du réseau FARMED</i> .....	52
2.1.4 <i>Offre de formation</i> .....	59
2.2 PRATIQUES ET SAVOIRS INFIRMIERS AU SEIN D'UN RÉSEAU DE SANTÉ .....	65
2.2.1 <i>L'analyse des situations de soins</i> .....	65
2.2.2 <i>Réponses aux problématiques : entre paradigme bio-psycho-social et santé communautaire</i> .....	71
2.2.3 <i>Santé mentale et pratiques infirmières</i> .....	77
2.2.4 <i>Précarités sociales et pratiques infirmières</i> .....	83
2.2.5 <i>Santé des requérants d'asile et ressources familiales et sociales</i> .....	92
2.2.6 <i>Synthèse</i> .....	96
<b>3. ENTRE POLITIQUES MIGRATOIRES ET POLITIQUES DE SANTÉ : LES REQUÉRANTS D'ASILE.....</b>	<b>101</b>
3.1 ÉMIGRATION ET IMMIGRATION : LES TRAJECTOIRES.....	103
3.1.1 <i>Les motifs de l'exil</i> .....	103
Motifs économiques et guerres interethniques .....	104
3.1.2 <i>Les trajectoires de l'exil</i> .....	110
3.1.3 <i>Arrivée et prise en charge en Suisse</i> .....	113
3.2 SOCIÉTÉ D'ACCUEIL ET PRÉCARITÉ DES REQUÉRANTS D'ASILE .....	116
3.2.1 <i>Statut et implications</i> .....	116
3.2.2 <i>Liens affectifs</i> .....	124
3.2.3 <i>Liens sociaux et communautaires</i> .....	126
3.3 REQUÉRANTS D'ASILE, PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ ET RÉSEAU FARMED.....	130
3.3.1 <i>Santé et conditions de vie : le somatique, le psychique et bien au-delà</i> .....	131
3.3.2 <i>Réseau FARMED : perception des soins et sens des mots</i> .....	138
3.4 SYNTHÈSE .....	150

<b>4.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>153</b>
	SOCIÉTÉ EN TRANSFORMATION ET INNOVATIONS PROFESSIONNELLES, VERS UNE PERSPECTIVE COMMUNAUTAIRE DE LA SANTÉ... ..	153
4.1	ENTRE IMPLICITES ET IMPENSÉS : LA PROFESSION INFIRMIÈRE ET LE RÉSEAU FARMED .....	155
4.1.1	<i>Relations de soins, complexité de la demande et ouverture à la co- disciplinarité .....</i>	<i>155</i>
4.1.2	<i>Pratiques infirmières et santé mentale : ne pas réduire la personne à l'individu .....</i>	<i>157</i>
4.1.3	<i>Pratiques professionnelles et relations interculturelles : se confronter aux stratégies identitaires .....</i>	<i>158</i>
4.1.4	<i>Pratiques de soins et relation soignante .....</i>	<i>160</i>
4.1.5	<i>Assumer les paradoxes, innover avec les valeurs .....</i>	<i>162</i>
4.2	LES PARADOXES DE LA « SANTÉ COMMUNAUTAIRE » OU LE TRAITEMENT D'UN MALAISE ET SES CONSÉQUENCES SUR LE RÔLE ET LA FONCTION D'INFIRMIÈRE .....	165
4.2.1	<i>Les paradoxes de la santé communautaire ou le traitement d'un malaise .....</i>	<i>165</i>
4.2.2	<i>Rôle et perspectives de la fonction d'infirmière .....</i>	<i>170</i>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>175</b>

## **Introduction**

**Contexte de la recherche : crises des systèmes de santé et réseau FARMED**



Toute pratique soignante est indissociable des réponses qu'elle doit fournir. En ce sens, la recherche d'efficacité thérapeutique s'accompagne d'une nouvelle exigence, celle de l'efficacité de la pratique, où à chaque stratégie d'intervention – soit-elle médicale et/ou soignante –, est aussi assignée une valeur financière (Cochrane, 1997). C'est en partant de cette logique que se déterminent les rapports réactualisés entre monde de la santé et monde économique. Ces relations s'inscrivent dans des changements épidémiologiques et nosographiques notables, avec l'internationalisation des maladies, la réactualisation des pathologies infectieuses et aussi l'émergence de maladies dites « de civilisation » comme les troubles psychosomatiques, les troubles d'adaptation, les troubles gériatriques, la dépression, la souffrance psychique, les maladies dégénératives ou les maladies chroniques. Ces maladies devraient amener les pays occidentaux, au cours des prochaines décennies, vers ce que l'on nomme déjà le *global burden of disability*, à savoir le fardeau global du pathologique, de l'invalidité ou de l'incapacité, et cela dans un contexte de mobilité et de précarité croissants, marqués par des clivages économiques et sociaux toujours plus accusés. Parmi les populations les plus touchées par ces nouveaux phénomènes, les migrants et plus particulièrement les requérants d'asile.

Nous vivons actuellement une période d'accélération des flux migratoires. Cette augmentation de la migration est due, d'une part, à une recrudescence des conflits armés dans le monde entraînant l'exil pour certains, d'autre part, à la détérioration des conditions de vie dans les pays de l'ancien bloc soviétique, ainsi que dans les pays du Sud et à la croissante inégalité entre ces pays et les pays occidentaux. En Suisse, 20'663 requérants ont demandé l'asile en 2001, dont 8,4 % dans le canton de Vaud, lieu de notre étude. Le constat existe que la santé des migrants est moins bonne que celle des autochtones. Il existe en effet plusieurs facteurs, d'ordre structurel et individuel, défavorables pour la santé qui s'additionnent dans cette population (Chimienti, 2001). D'après la littérature nationale et internationale (Weiss, 2003 ; Maggi, Cattacin, 2003), les personnes migrantes, requérantes d'asile en Suisse, sont effectivement susceptibles de souffrir de nombreux problèmes de santé liés à leur vécu spécifique de demandeurs d'asile. « La plupart ont été menacé dans leur intégrité physique et/ou psychique dans leur pays d'origine. Ils vivent en équilibre précaire à tous les niveaux : biologique, psychologique, social, politique et économique. Ils traversent une véritable crise d'identité. Leurs références culturelles ne s'inscrivent pas aisément dans la culture d'accueil, leurs repères habituels deviennent inadéquats. Cette période est d'autant plus difficile que de multiples deuils doivent être assumés en même temps : deuil de la famille, du pays, de la langue, du statut social et professionnel » (Pacoud, 1994), voire d'un état de santé acceptable. Ainsi, la prise en charge médicale et soignante des RA induit de nouvelles exigences tant en matière de savoirs que de pratiques ; tout en articulant des problématiques d'ordre individuel, il faut s'ouvrir au collectif et ouvrir pour l'émergence d'une santé communautaire. Selon notre entendement, la santé communautaire c'est : « la création d'une dynamique de développement global qui met en synergie des partenaires concernés : populations, professionnels, institutions. Les pratiques de santé communautaire s'enrichissent des approches traditionnelles de la santé, de l'évolution scientifique, technologique et de l'apport des sciences humaines. Cette démarche propose de nouveaux modèles de pensée et d'action dans lesquels l'individu est acteur et sujet de santé dans la communauté » (Froment, 1999).

En ce sens, les RA constituent, comme groupe social et communauté au sein de la société suisse, un cadre idéal pour analyser les politiques de santé, les pratiques et les savoirs des professionnels et les tensions de la société contemporaine (Rossi, 2000a, Rossi, 2000b).

Ainsi, si la maladie relève de l'individuel, la santé, elle, participe du collectif et constitue aujourd'hui « un enjeu de société et un analyseur du social » (Fassin, 2001:35) qui s'inscrit au cœur du questionnement anthropologique. Devenue valeur de référence, elle se définit comme une construction socialement et politiquement élaborée dont les limites sont constamment rediscutées. Ce processus se déploie dans un contexte sans précédent dans l'histoire de l'humanité. En effet, les hommes et les femmes sont actuellement les témoins aussi bien que les acteurs de mutations inédites et fondamentales : la mondialisation en cours, qui se caractérise par l'émergence simultanée de diverses innovations sociales et culturelles, s'accompagne d'un changement de références considérable, ce qui reconfigure la relation entre santé et migration (Rossi, 2003a). Cette évolution transforme la logique de l'offre et de la demande, introduit l'économique au cœur des questionnements médicaux, articule les politiques de l'asile avec les politiques de la santé, renouvelle les savoirs et modifie les pratiques, appelle à une gestion institutionnelle des ressources qui valorise la coopération et la coordination entre les acteurs de la santé : bref, la relation entre santé et migration prône aussi bien une culture de la complexité qu'une culture de l'incertitude.

Cette culture s'inscrit dans un réseau de santé, FARMED<sup>3</sup>. Le réseau de santé FARMED, voulu par les autorités politiques du Canton de Vaud, vise, dans le cadre de la LAMal, à contrôler les coûts de la santé de la population des requérants d'asile résidant dans le canton, tout en garantissant une qualité optimale des soins. Pour cela, il prend en considération certaines caractéristiques de cette population – statut social en Suisse, méconnaissance du système de soins, différence culturelle, traumatisme de guerre, trajet de migration, sentiment de précarité, désœuvrement, etc. Il propose les prestations suivantes : accueil, orientation et conseils fournis par les services infirmiers, encadrement et suivi par les médecins et par les organismes de premier recours. Parallèlement, il promeut une interaction renforcée entre tous les acteurs du réseau et une formation à l'intention de tous les intervenants. Le fonctionnement du réseau FARMED a de nombreuses incidences : sur les usagers, sur le travail des professionnels de la santé, sur la régulation de la consommation des soins et sur le sens donné à la notion de santé communautaire.

Ainsi, dans le cadre de cette recherche, nous nous proposons d'examiner quelles incidences les dispositifs de fonctionnement du réseau ont sur les savoirs et les pratiques des infirmières et, le cas échéant, sur leur statut. D'autre part, nous examinerons si l'offre du réseau FARMED permet une approche satisfaisante des préoccupations propres aux requérants d'asile en matière de santé. Partant de là, nous nous demandons dans quelle mesure les pratiques de santé communautaire au sein du SSIRA peuvent-elles être considérées comme étant portées par une dynamique de développement global ? Si c'est le cas, cela est-il compatible avec les motivations qui sont à l'origine de la création de ce réseau ? En d'autres termes, le proclamé rejoint-il ici le pratiqué ?

La recherche est donc menée sur deux fronts simultanés et complémentaires et se conclura par une phase de synthèse des deux. La première partie du projet se focalisera sur les savoirs et

---

<sup>3</sup>FARMED (FAR pour FAREAS – Fondation pour l'accueil des requérants d'asile – et MED pour partenaires médicaux d'un réseau de santé ambulatoire) est né sous l'impulsion de l'Etat de Vaud en 1998. Il comprend plusieurs institutions publiques et privées (Etat de Vaud, Société Vaudoise de Médecine, Assurances maladie, Service de la Santé Publique, FAREAS du canton de Vaud). Participent à ce réseau plusieurs institutions publiques et privées, des associations, des médecins généralistes. Pour plus de renseignements : <http://www.hospvd.ch/public/ise/home.htm>



les pratiques infirmières dans un contexte de réforme des systèmes de santé. La deuxième partie abordera le parcours et les pratiques de santé de requérants d'asile au sein du réseau.

Dans la synthèse finale, la prise en charge des RA sera mise en perspective à travers une analyse des fins politiques, éthiques et culturelles sous-jacentes à la crise et aux solutions recherchées dans les systèmes de santé. Mais tout d'abord, il nous semble nécessaire d'explicitier la relation entre économie et monde de la santé.

### ***Economie, systèmes de santé et prestataires de soins***

Depuis les années quatre-vingt, les pays occidentaux et leurs gouvernements ont entrepris de réformer leurs systèmes de santé, dans le but de promouvoir un changement structurel qui passe par un réexamen des efforts et des stratégies politiques et économiques en matière de soins. Ces programmes se sont traduits notamment par l'application progressive d'un nouveau mode d'organisation – le *managed care* et le *managed disease* – à l'ensemble des institutions de soins (Beresniak et Duru, 1998 ; McKee et Healy, 2002), conduisant à réglementer plus strictement les comportements des principaux acteurs du secteur de la santé.

Ces réformes des systèmes de santé ne datent pas d'aujourd'hui. En Suisse, à l'instar d'autres sociétés occidentales, depuis le milieu des années 70, l'émergence de la santé publique – au sens d'une mise en place de dispositifs nationaux, préventifs et curatifs, destinés à maintenir et promouvoir la santé de la population – vient compenser l'attention exclusive portée par les milieux médicaux à la maladie. En assumant la responsabilité de l'ensemble des infrastructures de soins et en proposant des stratégies ciblées d'intervention, la santé publique se construit autour de la relation entre épidémiologie et diagnostic : d'une part une vue d'ensemble sur les priorités à gérer dans la gestion de la santé collective, de l'autre les compétences médicales pour faire face à la maladie et au pathologique. Cette articulation est devenue progressivement familière du panorama social.

En ce sens, le confort atteint en termes d'infrastructures de santé, de services dotés de personnel formé aux techniques de pointe, de densité de médecins, etc., s'installe dans le paysage de la santé, parallèlement au vieillissement de la population et au recul des causes de mortalité aussi communes que l'étaient il y a encore à peine un siècle une épidémie de grippe ou un accouchement. Pourtant la récession économique fait aussi irruption dans le domaine de la santé, apportant son lot de turbulences dans une évolution de la médecine qui semblait d'autant plus infaillible que son évolution fut très performante. En effet, en l'espace d'un quart de siècle (1945-1970), la notion de santé publique accompagne une médecine triomphante, reflet du progrès économique et social. Le progrès comme valeur de référence n'était pas discuté, ce qui a légitimé et justifié l'augmentation des coûts de la santé, jusque dans les années 70.

Toutefois, la crise économique de 1973, qui fut à la fois conjoncturelle et structurelle, commence à changer la vision de la santé. Elle reste perçue comme un bien individuel et public qui n'a pas de prix, mais qui relève de coûts certains. Bien que l'on ne remette pas en question le consensus médical, politique et populaire d'une requête pour des services de santé performants, notamment des services axés sur une technologie biomédicale sophistiquée les prémisses d'une dislocation à peine 30 ans plus tard sont déjà présentes et font apparaître distinctement un écart inquiétant entre la progression des dépenses de santé et celle du produit intérieur brut (Kleiber, 1986:110). De toute évidence, si les responsables des dépenses

publiques s'inquiètent dès ces années-là de l'absence de couverture des frais occasionnés par le système de santé, les moyens d'y remédier ne sont pas établis. Néanmoins, l'analyse s'élargit et les problématiques de santé se complexifient<sup>4</sup>. En effet, jusqu'aux années 70 on reconnaissait que le vieillissement de la population, l'augmentation du pouvoir d'achat comme source de l'augmentation de la consommation médicale, le progrès technique de la médecine et l'attractivité accrue des métiers de la santé en raison de l'amélioration des conditions de travail étaient des facteurs qui participaient à l'augmentation des coûts. Il était néanmoins considéré que ces causes étaient *externes* au système de santé et que la politique sanitaire était donc sans emprise sur elles. A partir des années 1980, le regard change. On reconnaît l'émergence des causes dites *internes* comme l'existence de prestations médicales superflues, le surinvestissement de l'équipement médical qui se révèle parfois injustifiés et non rentables, le taux insuffisant d'occupation des lits d'hôpitaux, la pléthore des médecins en exercice, sans oublier ce que l'on considère comme les attentes exagérées des patientEs vis-à-vis de la médecine.

En ce sens, la pertinence des mesures introduites depuis trente ans, destinées à freiner l'augmentation des coûts de la santé, n'a jamais été démontrée. L'augmentation des coûts a plutôt permis de justifier la nécessité des réformes successives et leur introduction progressive dans la gestion de la santé publique. Aujourd'hui encore, le débat reste ouvert pour freiner l'explosion des coûts et les conflits d'intérêts entre les différents cartels restent majeurs. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici quelques chiffres sur les coûts et les dépenses de la santé en Suisse valable pour l'année 2000<sup>5</sup>. Le coût global de la santé est chiffré à CHF 43 milliards ; en tenant compte que la part de la santé au PIB est de 10 %, on tiendra compte que l'augmentation des coûts de la santé s'élève à 4,8 % par an entre 1990 et 2000, alors que l'augmentation du PIB national a été pour la même période de 2,5 %.

Ce décalage entre coûts de la santé et PIB national a justifié la forte augmentation des primes de caisse maladie entre 1985 et 1999 : 6,5 % en moyenne par an. Cette progression est inversement proportionnelle à la participation de l'Etat au financement de la santé, qui diminue régulièrement. Pour exemple, entre 1995 et 1999 les coûts hospitaliers ont augmenté de 13,2 %, alors que la participation des pouvoirs publics à leurs financements n'a augmenté que de 10,8 %.

Les coûts administratifs des instances impliquées dans la santé se situent entre 2 % et 6 %, ce dernier chiffre correspondant pour les caisses maladies au pourcentage de leur chiffre d'affaires. Ce qui permet de donner une répartition claire des coûts de la santé :

▪ caisses-maladie (assurance obligatoire des soins, AOS)	36 %
▪ caisses-maladie (assurances complémentaires et privées)	12 %
▪ dépenses de santé « out of the pocket »	28 %
▪ financement par l'Etat et dons aux institutions	16 %
▪ assurances sociales (AVS, AI, assurance militaire, LAA)	8 %

<sup>4</sup>Coûts de la santé en Suisse : évolution de 1960 à 2000. Office fédéral de la statistique 1/2003.

[www.statistik.admin.ch/stat-ch/ber14/ffr14.htm](http://www.statistik.admin.ch/stat-ch/ber14/ffr14.htm)

<sup>5</sup>Flux financiers dans le système suisse de santé. Office fédéral de la statistique 2/2002

[www.statistik.admin.ch/stat\\_ch/ber14/statsant/fstat02.htm](http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/statsant/fstat02.htm)

Dans ce contexte, les ménages assument 68 % du financement direct de la santé, sans oublier que l'ensemble des coûts de la santé est assumé par les contribuables.

Ainsi donc, endiguer les coûts de la santé, sans porter atteinte à la qualité des soins, ni aux recherches scientifiques permettant leur développement et sans prêter à des groupes particuliers de personnes, aussi bien les professionnels de la santé que les usagers des services de santé semble encore actuellement relever de la quadrature du cercle.

### ***Politiques de santé de l'Etat et économie : un changement de références***

En Suisse, l'obligation de maîtriser globalement les ressources a été établie par la Loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994 (LAMal), assurance obligatoire qui est également dite « sociale » ou « de base » (CAMS 2001). Cette réforme repose toutefois sur un « agencement complexe qui doit essayer de concilier efficacité, liberté et solidarité » (Kiefer et Schaller, 2001: 46). Ce qui signifie que face aux coûts de la santé, nous nous trouvons confrontés à l'obligation de faire des choix mais aussi de nous référer à des valeurs à préserver (Junod, 2001 ; OFAS, 2002). Le contrôle des ressources financières doit ainsi respecter un certain nombre de conditions définies par la société – satisfaction des besoins, accessibilité, solidarité, équité, règles éthiques – sans lesquelles il serait impensable de conjuguer médecine, soins, économie et politique.

La LAMal se présente comme une cohabitation « forcée » entre marché et planification, dont la finalité est la sauvegarde de l'équité du système de santé et le respect des valeurs qui lui sont associées par la collectivité. Sa formalisation répond ainsi à un compromis entre les différents lobbies de la santé plutôt que d'une prise de position définitive de l'Etat. Ce « choix de société » doit pourtant tenir compte des impératifs induits par la globalisation des économies. Ainsi, la nouvelle loi sur l'assurance-maladie a renouvelé les principes et promu les pratiques de concurrence, de compétitivité et de rationalisation économique sur le marché de l'assurance-maladie et entre les prestataires de soins, aussi bien publics que privés.

La vision développée par la nouvelle loi se veut la conciliation parfaite entre une rationalité économique – gestion des coûts – et une rationalité médicale – efficacité éprouvée par des interventions standardisées. Or, à la lumière des nouvelles orientations épidémiologiques et des enjeux contemporains liés à la santé, il semble plutôt qu'il existe un hiatus entre les pratiques prescrites et les pratiques réelles. De fait, ce décalage est connu et des stratégies politiques en santé publique censées œuvrer aux changements organisationnels des institutions et des prestataires de soins sont en cours. Elles portent le nom de réseaux de santé ou réseaux de soins et mobilisent actuellement des efforts importants (Rossi, 1999, 2002).

Nous assistons depuis à une prolifération des réseaux, dans le système de santé et de soins. Qu'ils soient locaux, nationaux ou internationaux, partout leur émergence semble répondre aux visions révolutionnaires imposées par l'évolution des connaissances neurobiologiques et technologiques. Ces nouvelles formes d'organisation impliquent d'une part une forme d'expertise ou d'intelligence collective du système et d'autre part un choix limité de fournisseurs de prestations. Les objectifs sont explicites : coordonner les prestations pour mieux contrôler les dépenses et créer de nouvelles références en matière de droits et de devoirs des professionnels et des patients. Le « managed care » assure le suivi administratif et la gestion de ces réseaux.

L'historique des réseaux nous fait remonter aux années 80. C'est tout d'abord le système de santé américain qui crée les HMO (*Health Maintenance Organization*). Le principe consiste à renverser la perspective médicale et à situer l'objectif du regroupement en réseau de soins non pas dans le traitement des maladies, mais dans l'entretien de la santé de ses affiliés : moins les assurés de la caisse de santé consultent et recourent à des prestations médicales, plus les médecins prestataires de services qui en sont membres dégagent de bénéfices. Dans ce système, les prestataires de soins n'ont pas d'intérêt à multiplier les prestations médicales, pas plus qu'à négliger la santé de leurs patients. Leurs honoraires annuels seront meilleurs dans la mesure où les cotisations annuelles des membres de la caisse et les subventions de l'Etat auront suffi pour couvrir leurs prestations et celles qu'ils auront occasionnées en référant leurs patients à des médecins spécialisés ou à des structures de soins extérieures à la caisse. Quant aux assurés, s'ils ont accès à toutes les prestations médicales nécessaires, ils doivent choisir leur médecin traitant parmi ceux affiliés à la caisse et se rendre chez les spécialistes auxquels ils auront été référés par le médecin traitant.

Sans se référer intégralement aux modèles HMO, mais en reformulant le concept de réseau, le canton de Vaud a vu émerger au cours des années 90, les réseaux de soins, terme utilisé pour désigner toute forme d'organisation, même informelle, entre au moins deux producteurs de soins. L'expérience des Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire (NOPS) est éclairante<sup>6</sup>. Au sens des NOPS, un réseau de soins est un dispositif de coopération volontaire mais structuré, doté d'une instance commune de direction qui engage ses membres. Ainsi, selon l'article 2a de la Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES), «un réseau de soins est un regroupement volontaire d'établissements sanitaires et d'autres fournisseurs de prestations. Ses membres poursuivent des objectifs partagés en matière de gestion des ressources et de prise en charge. Le réseau de soins a la personnalité juridique» (NOPS, 1997). En ce sens, il doit offrir une gamme complète de prestations – activités préventives, curatives, palliatives, médico-sociales, de réadaptation – aussi bien dans le domaine somatique que psychiatrique. Pour garantir ces prestations, les réseaux de soins regroupent des institutions de prévention et de soins à domicile, des institutions de psychiatrie, des établissements médico-sociaux, un ou des hôpitaux de soins généraux ou spécialisés, un ou des centres de réadaptation accrédités tout en établissant des collaborations avec les praticiens privés. Les stratégies adoptées relèvent d'applications structurelles spécifiques autour de plusieurs axes ; respectivement le développement de conditions de coopération optimale, la gestion de projets impliquant la création et le développement des réseaux, l'acquisition de techniques de gestion dans le travail clinique et thérapeutique, ainsi que la maîtrise de la conception et la mise en œuvre de stratégies de développement des réseaux de soins (Huard et Moatti, 1995 ; NOPS, 1997, 2000).

D'un point de vue stratégique, les réseaux de soins privilégient trois principes. Une forte articulation entre les outils conceptuels d'analyse et leur application, un recours systématique à la formation pour harmoniser les niveaux et la valorisation des échanges interprofessionnels pour améliorer la connaissance mutuelle des divers acteurs. Dans ce contexte, les réseaux de soins ont aussi comme objectif un changement de «culture professionnelle» qui puisse aider les participants à renforcer leurs compétences afin d'analyser au mieux les situations, d'identifier les problèmes, de concevoir et de mettre en œuvre des solutions. Les conditions de leur mise en place relèvent de trois catégories : techniques (les moyens), sociales (les

---

<sup>6</sup>Pour tout renseignement, voir Forum documentaire NOPS, <http://www.nops.vd.ch/>

avantages et les désavantages) et culturelles (les changements de représentations) (Huard et Moatti, 1995 ; Rossi, Le Dinh, 2001).

Si la pertinence des réseaux de soins pour la réduction des coûts de santé continue à être défendue de nos jours et même encouragée, sa mise en œuvre relève encore d'une politique « des petits pas ». Le Grand Conseil vaudois a placé formellement les réseaux de soins comme pivot des nouvelles orientations de politiques sanitaires (NOPS) en 1997. Le Département de la santé et de l'action sociale, en charge de ces questions, s'assigne pour mission la rationalisation des prestations de soins du canton, par le biais du développement de ces réseaux de santé pour, à terme, couvrir la totalité du territoire cantonal et ses structures de soins (NOPS, 2004). Ainsi donc, l'Etat promeut le modèle, mais n'en fait pas une obligation exclusive, il figure parmi les choix de prestations de la plupart des assureurs maladies mais aucun n'a franchi le pas d'exclure tout autre système de remboursement des frais de santé. Quant aux prestataires de soins et aux assurés, ils continuent à avoir le choix de s'affilier ou pas à un tel système.

Entre contraintes et innovations, les réseaux modifient des savoirs et des pratiques, en intégrant dans les stratégies professionnelles de nouveaux dispositifs de fonctionnement – la rationalité économique, la rationalité médicale et les nouvelles technologies – tout en promouvant un modèle de coopération qui relève d'une idéologie que l'on pourrait définir de prométhéenne. En effet, Prométhée, si l'on se réfère à la mythologie, est celui qui sait anticiper ; par la supériorité de son savoir, il est l'incarnation la plus achevée de la raison. Mais en même temps, il renvoie au danger du dépassement des limites, au paradoxe que toute action véhicule en elle (Rossi, 2002).



**1. Le réseau de santé FARMED entre l'offre et la demande**





## 1.1 Origine et finalité du réseau

A l'inverse d'une structure de soins monopathologiques, le réseau de santé FARMED vise à la prise en charge d'un collectif, celui des RA, d'où son appellation « réseau de santé ». En constituant ce réseau en février 1998, le canton de Vaud a même innové en la matière, en anticipant ainsi une prise de position du Conseil fédéral, formalisée aussi bien dans la Loi sur l'asile du 26 juin 1998 que dans le cadre de la LAMal, plus précisément, l'Ordonnance 2 sur l'asile du 11 août 1999, qui ordonnait aux Cantons de limiter les frais de santé investis en faveur des RA (Schäublin et al., 2003). Toute prise en charge d'un RA en Suisse, est donc inscrite dans un contexte politique et juridique. D'une part, la loi sur l'asile donne les directives concernant l'hébergement, l'encadrement, la durée du séjour, de l'autre, la loi porte sur l'assurance maladie qui offre aux RA les mêmes prestations médico-sanitaires qu'aux citoyens helvétiques. Des liens existent entre ces deux lois puisque selon l'Ordonnance d'application 2 de la loi sur l'asile, *« les cantons restreignent la liberté des RA, des personnes admises à titre provisoire et des personnes à protéger ne possédant pas d'autorisation de séjour, de choisir leur assureur et leur fournisseur de prestations, notamment dans les cas où des conventions ont été conclues au terme de l'article 42, alinéa 2, et de l'article 62, LAMal, entre assureur et fournisseur de prestations »*.

Ainsi, les cantons sont incités par les directives fédérales à constituer des réseaux, afin de respecter ces deux lois et, aussi, afin de pouvoir bénéficier des avantages financiers qui en découlent.

Le réseau FARMED est placé actuellement sous trois autorités différentes :

- l'autorité politique d'une commission ad hoc (COPAR), associant l'Etat, les assurances, les gestionnaires du réseau et les prestataires du réseau ;
- la responsabilité administrative de l'Institut Economie et Santé (IES) qui est un institut privé ;
- la responsabilité médicale de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU).

Il comprend, selon les années et la conjoncture, plusieurs institutions publiques et privées (PMU, Hôpital de l'Enfance, SSIRA, IES) ainsi que des associations – Appartenance par exemple – et un collectif de médecins de premier recours (MPR) exerçant en cabinet privé ayant adhéré au réseau (environ 163 médecins à fin 2002).

Dans cette perspective, on a pu assister au passage progressif de réseaux informels créés par des professionnels du terrain s'occupant des patients migrants à des réseaux de santé formels proposés par l'Etat et s'occupant des communautés migrantes. La différence entre ces deux optiques est sensible. Si dans le premier modèle, centré sur l'individu migrant, la solidarité sociale et la prise en charge sociosanitaire préexistent à toute décision d'organisation, reproduisant la structure même d'un système libéral de santé basé sur un marché libre, dans le second cas, l'intérêt structuré et organisé du réseau est centré sur une problématique collective et procède de la réunion et de la collaboration d'acteurs d'origines diverses. Sa constitution exige, dès lors, un travail de longue haleine, pouvant porter sur plusieurs années. La réalisation d'un réseau de santé dépend ainsi de la spécificité de son ancrage et de son rôle dans la société à laquelle elle fournit ses services. Plus précisément, la situation d'une région, d'une ville ou encore d'un établissement sanitaire – aussi bien public que privé –, détermine

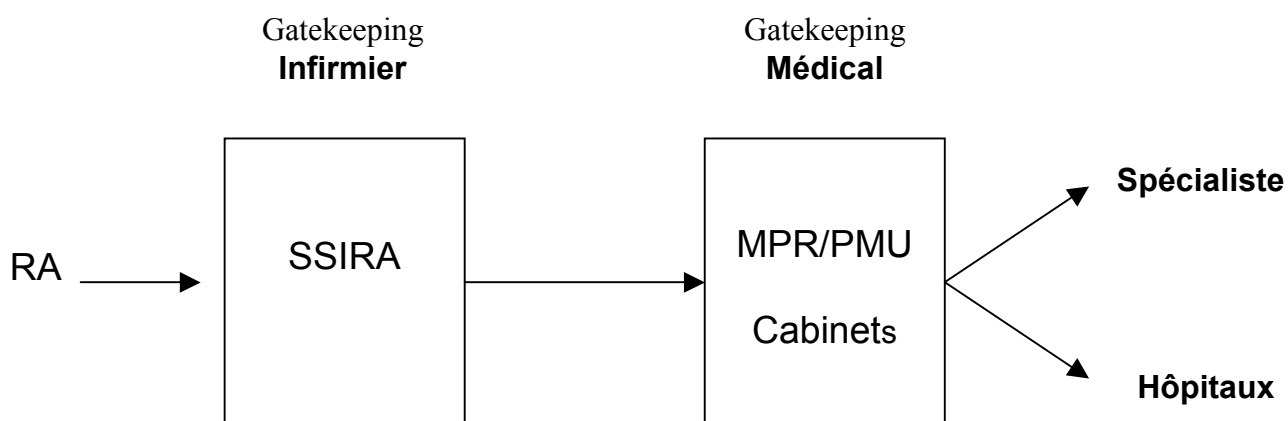
les orientations institutionnelles, la structure des soins, la proportion des patients migrants, les modalités de collaboration au sein d'un réseau, l'intérêt des professionnels pour les problématiques traitées. Ces conditions peuvent être mises en place notamment à travers des formations continues propres à ces réseaux (Rossi, 1999, 2003b, 2003c).

Selon une logique de l'offre, le réseau FARMED a donc été conçu pour contrôler les coûts de la santé de la population des RA résidant dans le canton de Vaud, tout en affichant la volonté d'assurer une qualité optimale des soins. Pour cela, il structure l'offre et prend en considération certaines caractéristiques propres à cette population – statut social en Suisse, méconnaissance du système de soins, différence culturelle, traumatisme de guerre, trajet de migration, sentiment de précarité, désœuvrement, etc. Il propose les prestations suivantes : accueil, orientation et conseils fournis par les services infirmiers, encadrement et suivi par les médecins et par les organismes de premier recours.

En ce qui concerne la demande, le réseau FARMED offre à l'ensemble des RA du canton des soins médicaux assurés par les partenaires constitués en réseau de prestataires de soins, soit un service de santé infirmier ainsi que des médecins généralistes et spécialistes, exerçant en cabinet privé ou dans le cadre de structures de soins déterminées. Affiliés sur une base collective auprès d'un assureur, lequel est au bénéfice d'un forfait annuel versé par la Confédération et calculé au prorata de la population des requérants accueillis dans le canton – dans le cas présent, la caisse maladie Helsana – tous les RA sont assurés d'obtenir une couverture de soins universelle, moyennant leur respect du circuit des prestations organisé en fonction des compétences professionnelles des prestataires du réseau.

Ce réseau de santé est basé sur le principe d'un double « *gatekeeping* » avec un premier passage obligé du patient RA dans un centre de santé infirmier (CS) du SSIRA (premier « *gatekeeping* »). Là, ses besoins seront décryptés et traités dans la majorité des cas par les infirmiers (Schäublin, 2003).

Lorsque les situations médicales le nécessitent (dans 21 % des cas pour 2002), le RA sera adressé à un médecin de premier recours (MPR) qui traitera la majorité des situations et l'adressera ensuite, si nécessaire, à un spécialiste ou à l'Hôpital. Ce niveau correspond au deuxième « *gatekeeping* » (figure 1 : Schäublin et al., 2003).



Le médecin de premier recours travaille soit en cabinet (167 médecins installés dans le canton font partie du réseau FARMED), soit dans un organisme de premier recours (OPR) à savoir la Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne (PMU) et l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne (HEL).

Ce MPR doit impérativement garder le contrôle sur la suite du traitement dispensé à son patient. Il ne peut y avoir délégation successive à d'autres médecins spécialisés sans son information et son accord. Ce n'est que, muni d'un bon de délégation délivré par le service infirmier, que le RA patient peut s'adresser à un MPR, à moins que le patient ait moins de 16 ans ou réside à plus de 30 minutes d'un centre de santé infirmier. Dans ces cas-là, le médecin réclamera le bon de délégation au service infirmier, rapidement, suite à son traitement, seule garantie pour lui de voir sa note d'honoraires acceptée par l'assureur. Seuls les services de gynécologie, d'ophtalmologie et les urgences ne sont pas soumis au double *gatekeeping*, les infirmiers et les infirmières étant autorisés dans ces cas là à référencer leurs patients directement aux services spécialisés requis (Schäublin, 2002 ; Schäublin et al., 2003).

Le réseau forme de fait un ensemble de compétences bien particulières, tout en promouvant la coopération structurée. Cette diversité professionnelle et institutionnelle est appelée à donner des réponses cohérentes à une clientèle migrante hétérogène. Parallèlement, les demandes, les besoins et les ressources des personnes et des communautés concernées varient en fonction de leur provenance, du lieu d'accueil qui leur est assigné, de leur trajectoire et du sens qu'elles donnent à la santé et à la maladie (Rossi, 1999, 2002).

Pour favoriser les échanges interprofessionnels et afin de diffuser les connaissances théoriques et pratiques liées à la prise en charge des migrants, une formation continue FARMED a été mise sur pied depuis la création du réseau en 1998.

Cette formation se divise en deux volets :

- des formations centralisées (4 en 2003) touchant tous les partenaires (médecins, infirmiers assistants sociaux et membres des communautés), où les séances plénières traitent habituellement de sujets relatifs aux enjeux de la migration sur un plan géopolitique, culturel et sanitaire ; en 2002-2003, les sujets abordés ont été « Santé et migrations », « Pratiques médicales et relations interculturelles », et des aperçus sur les cultures et sociétés de l'Afrique de l'Est et du Moyen Orient ;
- des formations régionales : (3 en 2003) où, à partir de vignettes cliniques issues de la pratique, des médecins et des infirmiers abordent des sujets variés ; en 2002-2003 ont été discutés les sujets suivants : maladie chronique, éthique, migration et genre, interprétariat et médiation culturelle.

Une formation propre aux infirmiers a été jugée indispensable et complémentaire à la formation continue FARMED. Existant dès l'origine de ce service (qui en 1991 était rattaché à la Croix-Rouge puis entre 1991 et 2001 à la FAREAS), cette formation spécifique a été consolidée en 2002 lors de l'intégration du SSIRA à la PMU (1<sup>er</sup> janvier 2002).

En 2003, les thèmes abordés sont multiples : problèmes dentaires, vaccination, sexualité et SIDA, tuberculose, médecine-soins et culture, diabète, bases législatives du processus d'obtention du statut de réfugié, etc. Les besoins individuels étant variables et dépendant

beaucoup du parcours professionnel de chacun, cette formation, sur la base d'un enseignement structuré, permet d'offrir à tous des notions accessibles et utiles à une pratique commune. Dans un but de dynamiser cette formation, différents infirmiers sont également intégrés à la préparation et à l'enseignement proprement dit.

A caractère interactif et multidisciplinaire, ces formations portent sur des thématiques transversales et imposent un véritable changement pédagogique, aussi bien en termes de définition des objectifs – créer des références communes et promouvoir la collaboration entre les acteurs –, qu'en termes de découpage des séquences de formation – consolider l'acquis et faciliter les échanges d'informations. Une telle formation est censée mettre en scène l'articulation entre théorie et pratique clinique, en développant la réflexion sur deux niveaux distincts : le système de soins face à la migration d'une part, la migration face aux systèmes de soins d'autre part.

Le réseau FARMED apparaît donc, comme la clé de voûte d'un processus de changement de culture professionnelle. Cette option est aussi présentée comme la réponse à une exigence de qualité par certains cercles de la pratique médicale (Ridsdale, 1995). Ce qui implique la mise en place d'une plate-forme cognitive et opérationnelle grâce à laquelle les résultats des recherches menées aussi bien par les sciences médicales que par les sciences humaines et sociales peuvent se combiner de manière cohérente et structurée, tout en tenant compte de la difficulté de conjuguer des traditions théoriques distinctes, des méthodes et des finalités différentes (Rossi, 1997)

Retenu pour son aspect économique, le modèle de réseau de santé à double filtre pose néanmoins passablement de questions aux responsables des politiques sanitaires. Preuve en est, qu'en l'espace des cinq années de son existence, le réseau a changé trois fois d'assureur et le service de santé infirmier en charge du premier recours a changé deux fois d'institution de tutelle : de la Croix-Rouge à la FAREAS puis à présent la Polyclinique Médicale et Universitaire (PMU). Essentiellement d'ordre administratif, les remaniements qu'a connu le réseau de santé reflètent également la complexité d'une prise en charge des problèmes de santé d'une population aussi hétérogène et démunie socialement et politiquement que sont les RA. Soucieuses du bon respect de la double mission allouée à ce réseau de santé, à savoir la qualité des soins de santé et l'économie dans les dépenses, les autorités cantonales ont, par ailleurs, demandé une évaluation globale du réseau FARMED.

C'est ainsi, qu'au mois de janvier 2002, le Conseil d'Etat a mandaté les responsables du réseau de santé FARMED pour que soit effectuée une étude détaillée de son fonctionnement. Cette étude, réalisée en partie à ce jour, se divise en deux modules :

- Le premier module a évalué, au sein des différentes structures où les RA sont amenés à transiter dans le cadre du réseau de santé, la qualité de leur prise en charge, donc leur sécurité, et la fonctionnalité de ce réseau (Bodenmann et al., 2003).
- Le second module a pour objectif de mesurer l'intérêt économique d'une telle structure de double « *gatekeeping* » avec un passage obligé des patients RA dans un centre de santé infirmier ; y a-t-il une plus-value du système en termes d'économies possibles ou, des surcoûts sont-ils consécutifs à la présence d'un intervenant infirmier supplémentaire ?

- **Le troisième module qui constitue cette enquête, complément essentiel aux deux autres volets, est basé sur une approche de type socio anthropologique, qui s'est fixé deux objectifs :**
  - **le premier est d'examiner, au sein d'un réseau de santé influencé par des facteurs politiques, économiques et socioculturels, d'éventuelles modifications des pratiques professionnelles des infirmiers,**
  - **le deuxième objectif est d'investiguer le parcours et le vécu des RA au sein des différentes structures du réseau en considérant les prestations de santé données et reçues au travers d'une conception globale et dynamique de la santé qui prend en compte les expériences et les conditions de leur trajectoire migratoire.**

A terme, les résultats de ces différentes recherches devraient être pris en compte dans la réflexion politico-économique sur la possibilité de maintenir la structure actuelle de prise en charge des RA dans le canton de Vaud, sur les éventuelles modifications à y apporter et sur la création et le développement de réseaux de santé spécifiques pour les RA, pour d'autres populations migrantes préterritées telles que celles des « sans-papiers », voire même pour des populations vulnérables et défavorisées autochtones.

## **1.2 Soins infirmiers et réseau FARMED**

Le concept *gatekeeping* ménage à la profession infirmière une place importante. Elle est davantage responsabilisée dans l'orientation du traitement du patient qu'elle ne l'est dans les structures hospitalières de soins habituelles. Les différentes expériences faites en matière de réseau de santé – citons notamment le système NHS britannique dans le cadre duquel ont été développé la fonction de « practice nurse » et « nurse practitioner » dans les soins de santé primaire et son rôle de triage (Shum Ch. *et al*, 2000:1038 et Reveley S., 1998:584) ; le « Public Health Nursing » dans l'Etat du Nebraska aux Etats-Unis opérant dans le cadre du Nebraska's Medicaid Managed Care (Kaiser M. *et al*, 2002:303), ou encore les divers systèmes d'écoute téléphonique au service des patients – se plaisent à relever l'utilité économique et soignante des ressources infirmières et encouragent une utilisation plus efficace de celles-ci. Outre le fait que l'intervention infirmière est moins coûteuse que celle d'un médecin, ces études relèvent le rôle essentiel joué par les infirmières dans un système de santé primaire. Dans les structures de santé analysées, moyennant une formation et une expérience adéquates, les infirmières font preuve d'une capacité d'écoute et d'attention aux demandes des patients à l'entière satisfaction de ces derniers et d'une façon tout à fait efficace du point de vue médical. Forte de ces expériences positives, la tendance actuelle dans le cadre du NHS britannique est à une spécialisation infirmière propre à développer des compétences adaptées à des situations de maladies chroniques ou de problèmes médicaux mineurs (Shum C. : *op. cit.*). Au lieu de maintenir la ségrégation entre les soins infirmiers et les soins médicaux, cette tendance incite à intensifier la place attribuée aux infirmières au sein même des cabinets médicaux, contribuant ainsi à augmenter leur capacité et leur efficacité. Ces expériences démontrent l'intérêt à explorer la pertinence de développer de nouvelles tâches infirmières (Baierlé & Paccaud, 1998:1985). Cette approche offre, dans la ligne de l'évolution de la profession, une réponse aux enjeux actuels et futurs d'un système de santé de plus en

plus conflictuel et dont « les services de soins, selon toutes les hypothèses devront faire preuve de flexibilité, d'une capacité d'innovation et d'adaptation sans précédent » (Kleiber, 1990).

Dans ce contexte, l'histoire du soin et de la profession infirmière éclaire cette nouvelle fonction et la relie à ses racines : anthropologique, tout d'abord, par la place de la préservation et de l'entretien de la vie dans les sociétés humaines (Collière, 1996), sociologique ensuite par l'analyse des rapports sociaux et de genre que l'on peut faire au sein de la paire médecin/infirmière et la construction progressive du statut professionnel reconnu de cette dernière (Francillon, 1998), scientifique enfin par l'évolution des modèles de soins qui sont passés du bio-médical centrés sur la maladie au modèle holistique centré sur le malade et son environnement (Kérouac, 1994). Cette construction progressive d'une profession aux multiples facettes s'est exprimée plus spécifiquement depuis environ 150 ans dans un domaine particulièrement significatif : la formation des professionnelles infirmières est passée d'une totale dépendance au modèle bio-médical à l'émergence d'un savoir autonome infirmier validé dans certains pays par la création d'une science infirmière de niveau universitaire. Cette évolution de la profession, par ailleurs, n'est pas sans lien avec un autre mouvement très important qui a pris naissance dès les années 50 au sein de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) pour aboutir en 1978 à Alma-Ata à la proposition « d'une nouvelle conception de la santé » (Fontaine, 1993), exprimée par le concept de soins de santé primaires (SSP). L'avènement de ce concept mondial des soins de santé primaires a produit un impact important dans le monde des soins infirmiers. La profession infirmière, par le biais du Conseil International des Infirmières (CII), a reconnu rapidement le rôle décisif qu'elle devait jouer dans l'atteinte de cet objectif mondial et, de son côté, l'OMS a indiqué que les infirmières doivent être considérées comme les chefs de file des soins de santé primaires car, comme le disait le Dr Hadalfan Mahler<sup>7</sup> « ... en 1985, il était évident que les médecins ne jouaient pas un rôle de premier plan dans le domaine des soins de santé primaire » (Ogilvie, Reutter, 2003). L'adhésion à ce mouvement a créé un large consensus parmi la communauté infirmière internationale.

Dans cette mouvance, et en première ligne du réseau FARMED, se trouve le Service de Santé Infirmier pour les RA qui fait partie de la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne (SSIRA – PMU). Ce Service, mandaté par les autorités du Canton, actuellement réparti sur trois sites, est spécialisé dans la prise en charge médico-sanitaire des RA.

---

<sup>7</sup>Ogilvie L. & Reutter L., Primary health care : Complexities and possibilities from a nursing perspective. *J. Ross-Kerr et M. Wood (dir), Canadian Nursing : Issues and perspectives*, Toronto : Mosby, 2003, p. 450-451.

<b>LOCALISATION</b>	<p>3 sites sur le canton :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nord et nord-ouest (Yverdon)</li> <li>▪ centre et ouest (Lausanne)</li> <li>▪ est (Clarens – Bex)</li> </ul>
<b>PERSONNEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 19 infirmiers*, dont 3 responsables de centre de santé (CS)</li> <li>▪ 10 secrétaires – réceptionnistes</li> <li>▪ 3 responsables cadres (2 pour les infirmiers et 1 pour les secrétaires)</li> </ul>
<b>ACTIVITÉS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nombre d’actes liés à l’ESF8 : 5’735</li> <li>▪ nombre de consultations individuelles de prévention : 7’528</li> <li>▪ nombre de consultations infirmières : 24’639</li> <li>▪ nombre de consultations dites « administratives » (règlement de problèmes sociaux-médicaux) : 3’430</li> <li>▪ nombre total de consultations : 42’332</li> </ul>

\* peut se lire également au féminin. (Source Schäublin et al., 2003)

Pour ce faire, il est investi de mandats spécifiques :

1. l’ESF « élargi » (remboursé par l’Office fédéral des réfugiés – ODR et l’Office fédéral de la santé publique –OFSP),
2. un programme de prévention (subventionné par le Service de la santé publique –SSP du canton), et des consultations infirmières (prestations facturées à l’assureur maladie), dans le cadre du réseau de santé FARMED.

Localisation, personnel et activités définissent ainsi les trois rôles principaux qui sont dévolus par les pouvoirs politiques et les institutions rattachées à FARMED aux infirmiers du SSIRA :

1. assurer un accueil spécifique aux RA, accueil qui comprend un décryptage des besoins de santé au travers d’une écoute active ;
2. offrir une prise en charge infirmière par des « soins de proximité » et des conseils en matière de prévention ;
3. garantir un accès optimal aux soins médicaux par une orientation des personnes dans le réseau de santé FARMED, tout en visant la régulation des coûts.

Sur le plan administratif, un **bon de délégation** est établi par un infirmier du SSIRA à l’intention du MPR. Ce bon va ensuite accompagner le RA dans tout le suivi médical et garantir ainsi, à l’ensemble des partenaires, la cohérence administrative du système. L’absence d’une copie du bon de délégation qui doit être jointe à la facture du prestataire entraîne un refus de paiement par l’assureur maladie.

<sup>8</sup>Examen sanitaire de frontière.

D'une telle description, nous pourrions avoir de la mission du rôle infirmier, telle qu'elle a été définie dans le cadre du SSIRA jusqu'en 2003, divers degrés d'interprétations et d'interventions possibles :

- assurer les tâches légales de lutte contre les épidémies et de prévention ;
- transmettre au médecin les éléments nécessaires à l'identification de la pathologie en fonction de son évaluation de la gravité de la situation ;
- favoriser l'adaptation des requérants à leur milieu d'accueil, encore s'agit-il de préciser de quel milieu nous parlons ;
- prévenir le recours « inapproprié » aux structures médicales de façon à réguler les coûts ;
- agir dans une perspective de soins de santé primaires.

Dans la pratique, l'application du schéma classique pose forcément des difficultés, comme en témoignent les quelques exemples suivants :

- La souffrance antérieure vécue par le RA dans son pays d'origine pourra générer une démarche de type « réparation », démarche pour laquelle la certification est indissociable, certificat qui bien évidemment ne peut être effectué que par le MPR, ce qui pourra amener à terme un « by-pass » de l'infirmier de premier recours.
- Les difficultés de communication verbale, (problématique de l'interprétariat) et les différences de représentation de la maladie (problématique de la médiation culturelle) ne favorisent pas l'application rigoureuse d'un schéma de prise en charge complexe.
- La présence d'un parcours de vie souvent traumatisant (syndrome de stress post-traumatique fréquent) qui renvoie le médecin et le soignant à la nécessité de connaître aussi bien les conditions pré-migratoires que post-migratoires du patient RA ne facilite pas la compréhension d'un tel schéma, le recours au système de soins étant néanmoins fréquent. Comme le dit Weiss (2003), la migration, comme important facteur de stress, s'accompagne souvent de maladie. La réponse difficile aux exigences d'acculturation, l'épreuve de la séparation et le besoin de soutien et de réassurance qui s'ensuit motivent un recours fréquent au système de soin.
- Enfin, la possibilité d'obtenir des avantages immédiats dans un système contraignant incite parfois le RA à contourner le système. Le logement des RA dans le canton de Vaud où il y a pénurie d'habitants en surface depuis plusieurs mois en est une bonne illustration : le RA qui loge dans un abri de la protection civile depuis plusieurs mois fait parfois des demandes itératives de certificats médicaux, essayant d'obtenir directement auprès du MPR une amélioration de ses conditions de vie qu'il juge et qui sont effectivement insatisfaisantes.

R. Schäublin, ancien responsable du SSIRA, va un pas au-delà dans la complexité de la fonction infirmière dans ce contexte en précisant que « *le rôle essentiel du SSIRA est de garantir l'accès aux soins des RA dans leurs besoins particuliers en prévenant un recours inapproprié aux structures médicales tout en régulant les coûts et en offrant des soins de proximité. La promotion de la santé qui passe par la rencontre du RA dans ses problèmes d'adaptation est un des objectifs majeurs de l'équipe du SSIRA qui va alors jouer le rôle d'un « médiateur » et garantir une collaboration étroite entre les assistants sociaux de la FAREAS et toutes les instances cantonales concernées. Le SSIRA est donc une courroie de transmission essentielle pour tous les partenaires du réseau de soins du canton pour les RA dans le cadre du réseau de santé FARMED.* » (Schäublin, 2002).



Quant au travail spécifique de l'infirmière, Schäublin le décrit comme ceci : « *Répondre aux besoins de santé des RA ayant d'autres codes culturels demande avant tout de communiquer et de pratiquer l'altérité. Il s'agit de se reconnaître réciproquement afin de pouvoir appréhender les causes profondes d'un « mal être » et de faire, au travers de ce que décrit le patient, la part entre la représentation du mal et l'origine de celui-ci. Cette démarche de réflexion exige de la part des infirmières des compétences particulières : disponibilité, écoute active, connaissances particulières en médecine tropicale et en santé communautaire, sensibilité à l'ethnomédecine, connaissances linguistiques variées, maîtrise du domaine de l'asile (procédures et prise en charge), et surtout la faculté de travailler en réseau tout en étant parfaitement autonome dans son travail !* » (Schäublin, 2002).

Dans le cadre du réseau FARMED, les infirmiers et infirmières, constitués en service de santé pour les RA (SSIRA), remplissent donc un rôle majeur dans la mesure où ils se trouvent en première ligne du réseau. Leur tâche première est d'offrir un accueil spécifique aux RA et de répondre de façon adéquate à leurs demandes de soins. Ceci exige d'eux une capacité d'écoute et de décryptage des besoins de santé qui leur sont exposés et par conséquent, une aptitude à « *évaluer les diverses manifestations et le degré de gravité d'une maladie (...), à prévoir à temps les risques et les complications d'une maladie, à évaluer dans leur globalité les situations incertaines et complexes et à appliquer des mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques appropriées* » (Croix-Rouge suisse, 1992). Compte tenu de la diversité culturelle des usagers de leur service et de la multiplicité des références à la santé et à la maladie que cela implique, sans mentionner les obstacles linguistiques évidents en l'absence d'auxiliaires de traduction systématique, ce rôle infirmier s'avère des plus complexes à mettre en œuvre. C'est pourquoi le rôle joué par ces professionnels infirmiers est celui de « *médiateurs* », dans la mesure où leur tâche consiste à comprendre la demande en soins des requérants et à la relayer auprès des prestataires de soins du réseau, voire des assistants sociaux tant il est vrai que la distinction entre problème de santé et problème social est souvent floue dans les cas présentés par cette clientèle (Schäublin, 2002). Nous constatons à tout le moins que dans ce contexte, la pratique infirmière fait appel à une conception des plus élargie de la santé : le concept doit ici être compris dans son acception existentielle et en aucun cas être restreint au traitement de la maladie. Le terme de « *mal-être* » est d'ailleurs plus approprié pour englober les situations traitées par ces infirmiers et infirmières que celui de maladie. Ce mal être étant tout à la fois la conséquence de pathologies que de vécus traumatisants et de situations de précarité.

Appelés à être parmi les acteurs principaux des réseaux, nous constatons qu'en règle générale les professionnels de la santé infirmierEs ont été dépassés par des transformations introduites à un rythme accéléré. De manière générale, il n'y a pas eu d'efforts planifiés pour expliquer les objectifs et les priorités des réformes. Ce constat ne peut pas être généralisé : selon les lieux de travail et les motivations du personnel, la compréhension des enjeux et l'adaptation aux réformes varient (Spitzler, 2002). Par ailleurs, le manque d'information s'accompagne d'une modification de pratiques qui n'est pas toujours souhaitée. Pour les soignants, et aussi pour les médecins, ces réformes sont souvent perçues comme un changement imposé et dramatique. Ils ont vu leur autonomie considérablement réduite, étant désormais concurrencés et souvent évincés aussi bien dans leurs choix de planification que dans leurs activités de gestion par des administrateurs et des économistes. L'introduction progressive des nouvelles technologies comme instrument de pratique professionnelle (gestion des dossiers, administration du travail) passe par la maîtrise de l'informatique. Le travail se modifie, l'acte

médical se double d'une saisie de données, la relation soignante intègre l'ordinateur. L'espace de liberté est restreint, les contraintes de plus en plus importantes, le sens et l'éthique professionnelle souvent en déroute. Les réseaux deviennent opérationnels surtout dans des situations de crise, face à l'obligation de dénouer des situations inextricables, de clarifier des rôles et des fonctions, ce qui demande un investissement considérable.

L'ampleur des modifications confirme les hiatus profonds entre valeurs professionnelles et orientation du marché (Ham, 1997). Face aux innovations de la coopération, les motivations et les implications diffèrent, les conflits d'intérêt augmentent. Une illustration de ces propos nous est donnée par l'émergence de nouvelles compétences octroyées à des professionnelles : une posture professionnelle dans le cadre des collaborations interprofessionnelles, leur permettant notamment d'argumenter des situations avec les médecins. Mais, en même temps, ces nouvelles compétences risquent d'enlever à l'ensemble des infirmiers cette capacité d'écoute, de connaissance du patient et de son entourage, cette capacité d'analyser les situations et d'y donner des réponses en termes de soutien, de conseil et d'information qui constituent une des qualités spécifiques de la pratique professionnelle. Car, dans le souci de rationaliser les compétences au sein des réseaux, cette tâche relève désormais des attributions de fonction. La volonté d'améliorer la coopération interprofessionnelle induit dès lors une reconfiguration des pratiques au détriment d'une approche globale.

Les pratiques soignantes des professionnelles infirmières, quel que soit leur lieu d'exercice, sont ainsi à analyser entre le proclamé et le pratiqué, entre le prescriptif et le réel.

### 1.3 Requérants d'asile et réseau FARMED

Sur le plan administratif, la procédure de demande d'asile, constituée par une première audition nationale, assez générale, et complétée par une deuxième audition cantonale, cette fois-ci plus détaillée, aboutit à une décision de l'ODR, qui vise, quant à elle, à l'octroi du statut de réfugié. Les critères d'octroi d'un tel statut sont définis selon l'article 3 de la Loi sur l'asile (LAsi) : « *Sont des réfugiés les personnes, qui dans leur état d'origine ou dans le pays de leur dernière résidence, sont exposées à de sérieux préjudices ou craignent à juste titre de l'être en raison de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un groupe social déterminé ou de leurs opinions politiques. Sont notamment considérés comme de sérieux préjudices la mise en danger de la vie, de l'intégrité corporelle ou de la liberté, de même que les mesures qui entraînent une pression psychique insupportable. Il y a lieu de tenir compte des motifs de fuite spécifiques aux femmes* ». Ainsi, bien qu'un réfugié statutaire ait généralement toujours été un RA d'abord, l'inverse n'est pas valable : le RA n'obtient que très rarement le statut de réfugié. En effet, durant ces dernières années, on constate que seuls 4 à 6 % des demandeurs d'asile en Suisse ont obtenu ce statut (Schäublin et al., 2003).

Le demandeur d'asile se voit attribuer un permis particulier, le **livret N**, valable le temps de la procédure. Lorsque cette procédure est terminée (souvent après des années) et qu'il n'y a pas d'obtention du statut de réfugié, ce livret lui est retiré et il reçoit une **attestation de départ** avec un délai variable, délai qui peut être renouvelable régulièrement. Le livret N peut être remplacé par un **permis F** (admission provisoire individuelle ou collective). Lors de l'obtention du statut de réfugié statutaire, le livret N ou le permis F sera remplacé par un

**permis B** ; ce permis B peut également être obtenu par mariage ou pour des raisons humanitaires, notamment médicales<sup>9</sup>.

Par la suite, le RA est attribué à son canton de destination selon une grille de l'ODR qui établit cette distribution au prorata de la démographie cantonale : 19,9 % de RA pour Zurich, 12 % pour Berne, 8,4 % pour le canton de Vaud, 5,2 % pour le canton de Genève, etc. Le chiffre de 8,4 % pour le canton de Vaud en 2002, correspond à 2'500 RA nouveaux arrivés (pour une population totale actuelle de 8'500 RA hébergés dans le canton par la Fondation vaudoise pour l'accueil des RA – la FAREAS). Rappelons que sur les sept millions d'habitants en Suisse, les demandeurs d'asile représentent actuellement 93'741 personnes, soit moins de 1,4 % de la population totale (Schäublin et al., 2003).

Lorsque le RA est « débouté » (terme juridique consacré) dans sa démarche, il peut faire recours auprès de la commission de recours (CRA). On s'aperçoit qu'à ce niveau, dans pratiquement trois quarts des situations, le renvoi sous contrainte de ces RA « déboutés » est impossible, puisque la plupart de ces RA se rendent dans un autre Etat, probablement de façon illégale, ou alors, passent dans la clandestinité.

Environ 5 % des procédures de demande d'asile pour la Suisse sont initiées dans le pays d'origine (ambassade suisse) ; toutes les autres demandes sont déposées dans les « Centres d'Enregistrement pour RA » en Suisse (CERA). Au nombre de cinq, ceux-ci se trouvent à Altsätten (SG), Bâle (BS), Chiasso (TI), Kreuzlingen (TG) et Vallorbe (VD).

Deux procédures sont initiées simultanément dans les CERA :

1. la procédure administrative de demande d'asile : prise d'empreinte digitale (dactyloscopie), identification de la personne, enregistrement de documents personnels et du ou des motif(s) de la demande d'asile (1<sup>ère</sup> audition) ;
2. l'Examen Sanitaire de Frontière (ESF) est amorcé par le Service Sanitaire de Frontière (SSF) de la Croix-Rouge suisse ; celui-ci consiste en :
  - a) une radiographie thoracique (à l'exception des femmes enceintes et des enfants au-dessous de 14 ans),
  - b) un test tuberculique de contrôle pour le dépistage de la tuberculose,
  - c) une sérologie pour l'hépatite B et, selon résultat, une initiation de la vaccination,
  - d) des vaccinations faites d'office (à l'exception des femmes enceintes) : Rougeole – oreillons – rubéole (ROR), diphtérie – tétanos – coqueluche (D-T-P), hémophilus influenza de type b (Hib) et vaccin antipoliomyélitique inactivé (IPV).

A noter au passage que cet « examen sanitaire de frontière », instauré en 1970, avait pour premier objectif la protection de la santé des autochtones et non la santé des requérants.

Le contrat cadre concernant l'assurance maladie et accidents des RA admis dans le canton de Vaud et affiliés au réseau FARMED concerne les RA (permis N), les personnes admises à titre provisoire (permis F) et les personnes à protéger sans autorisation de séjour (permis S), pris en charge tout ou en partie par l'aide sociale. L'assurance débute dès le dépôt de la

---

<sup>9</sup>Ce dispositif est extrait des informations figurant sur le site de l'ODR au moment de la rédaction de ces pages. Il est donc valable en avril 2004 mais il est bien entendu susceptible de modifications en fonction du climat politique.

demande d'asile et dure tout le temps que le statut de la personne l'empêche de pourvoir par ses propres moyens à ses besoins de santé.

Le tout premier contact des requérants avec le réseau de santé a donc lieu lors de leur séjour au centre d'enregistrement de Vallorbe (pour ceux qui se trouvent orientés vers celui-ci). En effet, au nombre des fonctions assignées au SSIRA figure celle de participer à la consultation sanitaire des frontières dans laquelle est compris le programme de vaccination et le suivi antituberculeux. Lors de ce séjour au centre d'enregistrement, un dossier sanitaire est constitué pour chaque RA par lequel il est identifié à la fois par un numéro ODR et un numéro assuré Helsana. Ces numéros d'identification restent attachés à la personne du requérant durant toute la période où est maintenu son statut de RA et le suivent dans tous ses déplacements. Ils servent notamment à lui assurer l'autorisation à bénéficier des différents services de santé auxquels il pourrait recourir durant son séjour en Suisse. Notamment, le programme de vaccination et le suivi antituberculeux qui peuvent se faire après sa sortie du centre d'enregistrement, lors des visites de suivi de l'infirmier soit dans le centre d'hébergement où a été placé le requérant, soit dans le centre de santé où le requérant se rend pour consulter le service infirmier.

Le contrôle sanitaire des frontières effectué à l'enregistrement du requérant est le moment où sont détectées la plupart des pathologies importantes dont souffrent les requérants qui arrivent en Suisse porteurs de maladies. L'enquête Bodenmann (2003) a permis de confirmer plusieurs cas de repérage précoce de certaines pathologies somatiques, repérage signalé à la satisfaction des requérants malades. Cette identification médicale de leur mal leur assure un suivi thérapeutique quasi immédiat dans le cadre du réseau FARMED, selon une même logique médicale et non interrompue en dépit des multiples déménagements auxquels le requérant devra se soumettre en fonction des différentes assignations qui lui seront imposées. Cette prise en charge médicale immédiate et non soumise à argumentation de la part du patient, confère à celle-ci un sérieux et un sentiment de confiance qu'aucun des RA consulté et atteint par une pathologie grave n'a mis en doute. Dans les cas de la santé mentale, en revanche, le diagnostic de mal-être s'avère plus problématique à poser et en conséquence de quoi, la prise en charge psychiatrique et/ou psychologique laisse aussi à désirer.

Il n'empêche que, malades ou pas, atteints d'un mal somatique ou psychique, les RA sont en droit de se présenter au centre de santé le plus proche de leur lieu de domicile et de demander assistance dès leur sortie du centre d'enregistrement. Ceux ne connaissant aucun problème de santé particulier à leur arrivée en Suisse feront connaissance avec le réseau FARMED au cours de leur séjour dans le pays. Tant qu'ils n'auront pas de besoin spécifique en matière de santé, la distinction entre les services de santé et les services sociaux destinés aux RA restera pour eux assez floue. Il apparaît en effet que ces requérants mentionnent indifféremment la FAREAS (l'institution en charge de la mise en œuvre de la politique d'accueil des RA dans le canton de Vaud) sans savoir que les éventuels soins de santé dont ils auront bénéficié, ne serait-ce que les vaccinations, ont été, de fait, coordonnés par un autre service que la FAREAS. En principe, toutes les informations concernant leurs droits en matière de soins de santé et les explications sur les circuits et procédures à respecter, leur sont données lors de l'enregistrement. A l'examen, il s'avère qu'en pratique de nombreuses personnes restent ignorantes de ces détails longtemps après leur arrivée et que c'est le plus souvent par le biais d'échange d'information avec des compatriotes ou avec des voisins du centre d'hébergement que les idées se précisent à propos de leurs droits et de leurs devoirs, en matière de santé

comme pour les autres aspects de leur vie quotidienne, par ailleurs. Ces difficultés à comprendre les rouages du système de santé semblent être davantage dues à des problèmes de compréhension linguistique qu'à une trop grande complexité du réseau, bien que les subtilités des responsabilités particulières des différents services et institutions concernées par l'asile échappent à la plupart des principaux concernés. Mais quoi qu'il en soit, le rigorisme des structures, alliés à l'attention permanente des prestataires des soins, qui sont quant à eux maintenus informés en permanence à propos des modalités de fonctionnement du réseau, ont pour effet d'éviter que des patients soient privés de soins nécessaires à leur état en temps requis.

Autre élément marquant révélé par cette enquête, est le rôle de soutien important que ce réseau de santé pour les RA du canton de Vaud occupe dans le vécu de la plupart des requérants séjournant ici. Une fois passés les contrôles policiers des services d'immigration et au fur et à mesure que se prolonge le temps d'attente et d'incertitude quant à l'obtention d'une régularisation de l'autorisation de résidence en Suisse, le réseau de santé s'identifie en effet de plus en plus à un lieu où peuvent s'obtenir écoute et réconfort. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer les raisons de l'établissement de cette relation de confiance, sur lesquelles nous élaborons plus loin dans cette étude. Mentionnons à ce stade la rencontre entre une demande qui se fait toujours plus pressante, plus la précarité du statut pèse sur le moral et la santé du requérant, et un réseau de soignants sensibilisés aux différents troubles que génère la condition de requérant. Le choix professionnel des soignants du réseau de pratiquer leur profession au service de migrants explique sans nul doute en partie cette sensibilité.

Les transformations de la migration au cours de ces dernières décennies, notamment l'augmentation du nombre des RA en provenance de pays très divers au détriment des travailleurs immigrés en provenance de zones restreintes et plus rapprochées géographiquement de la Suisse, expliquent probablement la nécessité ressentie par les services de l'asile d'élargir l'approche sanitaire dans une orientation prenant plus en compte les problèmes de santé globaux de cette population, tel que cela se fait actuellement (Rossi, 1994, 2000 ; Métraux, Weber, Singy & Guex, 2003:17). Néanmoins cette prise en charge révèle des paradoxes. Tout d'abord, les relations entre les immigrés RA et la société suisse sont encore aujourd'hui envisagées sous l'angle de la potentielle « intégration », c'est-à-dire la réduction des spécificités socioculturelles dans les pratiques et les conditions des immigrés et l'aménagement en conséquence des cadres sociaux et collectifs de la société d'installation. Bien que les traitements distinctifs attachés à la nationalité aient été réduits en Suisse, par le droit et les politiques publiques, notamment en ce qui concerne l'accès aux droits sociaux, elles persistent cependant et s'expriment dans la vie sociale et notamment dans la santé. Dans le domaine médical et soignant cette distinction apparaît dès que l'on aborde l'accès à la prévention et aux soins ou encore la connaissance et l'utilisation de dispositifs existants. Or, le respect de l'égalité et de l'équité de traitement supposent que soient abandonnées les distinctions selon la culture et la société d'origine. Au contraire, il apparaît que dans le réseau FARMED, ces diversités sont sur-codifiées d'emblée. Elles dévoilent souvent une propension au culturalisme, entendu comme essentialisation de la culture et surdétermination par le culturel. Cette option nie aux autres leur aspiration à l'universel, néglige les différences entre individus, sous-estime la capacité à déployer un comportement préventif adapté ou encore une observance thérapeutique et, enfin, évite surtout d'examiner les réalités sociales, économiques et juridiques qui font la vie de tous les jours des RA. Elle les dépossède de leur place au sein de la société civile avec ce que cela signifie en termes de discrimination et inégalités (Fassin,

2002). Cependant toute distinction ne peut être considérée comme une discrimination et peut au contraire être à l'origine de la mise en place de politique de santé en direction de publics ciblés. Ainsi, un réseau comme FARMED peut constituer le lieu où les discriminations sortent de la clandestinité dans lesquelles on les laissait se développer. Une attention particulière, c'est la ligne de cette enquête, doit être portée aussi bien aux enjeux sociaux que culturels de la relation entre santé et migration.

## 1.4 Questionnements

La rencontre entre professionnels infirmiers et patients (au parcours et au statut aussi complexes que celui de RA) soulève maintes questions quant aux conceptions de la santé et du soin, du point de vue individuel, professionnel, institutionnel et politique. Elle questionne aussi plus précisément les incidences et la dynamique de la construction des relations interculturelles dans le domaine de la santé. A ce titre, on peut se demander si les préoccupations inscrites au programme stratégique de l'OFSP pour les années 2002-2006, qui se pose la question de savoir si les espoirs ayant poussés les migrants à requérir l'asile en Suisse se réalisent et pourquoi une partie de la population migrante est davantage exposée à des risques dans le domaine de la santé que la population établie du pays (OFSP, 2002), rejoignent celles de cette enquête.

### *Premier questionnaire : dynamique de l'interculturalité et missions professionnelles*

De fait, aujourd'hui les implications du phénomène des migrations généralisées modifient sensiblement les préoccupations médicales et soignantes. Une évolution particulière est en train de se dessiner sous nos yeux, ce qui a provoqué une véritable modification des mentalités, au cours des dernières décennies. Ce qui reposait sur la distance a été gommé, et cette annulation géographique a provoqué ce qu'Augé (1994:190) nomme le rétrécissement des espaces, le mélange des cultures et des individus, la création et l'expansion des sociétés plurielles. On assiste dès lors à « la fin de l'exotisme » ainsi qu'à la naissance de nouveaux aménagements dans la gestion mondiale des relations individuelles et collectives.

La création de nouvelles dynamiques d'interactions entre les hommes et les sociétés se traduit, de plus en plus, par une circulation intense des expériences et des savoirs au niveau planétaire. Il en découle un changement du regard socio-anthropologique, qui se détourne progressivement de l'impératif de l'explication de la différence, pour assumer un rôle de médiation, en privilégiant le dialogue interculturel. Dialogue qui ne relève pas uniquement d'un concept théorique, mais trouve au contraire sa force d'expression dans les enjeux pratiques qu'il comporte. L'ouverture qu'il préconise se caractérise par un échange constant entre une multitude de connaissances et d'expériences, ayant chacune ses logiques et ses justifications. Un échange à travers lequel se dessine un « polythéisme » de valeurs et de sens humains, impliquant une mise en perspective équitable des multiples expressions auxquelles les femmes et les hommes ont recours dans la gestion de leur vie. Il ne s'agit donc pas de projeter des jugements, mais plutôt d'œuvrer pour que soient reconnues la logique et la cohérence des autres systèmes de pensées et des autres styles de vie. Il est nécessaire pour cela de promouvoir un rapport fondé sur l'équité. Dans ce contexte, « l'heure n'est plus, pour les anthropologues, au confort intellectuel du relativisme en gants blancs » (Augé, 1994:92). L'ailleurs a en effet toujours constitué un lieu privilégié pour développer un discours anthropologique sensible aux différences culturelles et au caractère problématique intrinsèque

à toute culture ; aujourd'hui de nouveaux questionnements orientent les intérêts vers le champ des interactions culturelles, en mettant l'accent non plus sur les différences mais sur leurs implications. Car s'il est vrai qu'une culture est constituée par l'ensemble de ses productions et de ses normes, elle prend du sens essentiellement lorsqu'elle est appréhendée à travers le lien indissoluble qu'elle entretient avec les individus qui la composent. Les significations qu'elle revêt représentent donc pour ceux-ci une unité de sens acquise et construite. En effet parler de culture, c'est se référer à un ensemble complémentaire et dynamique, car en plus d'être « *ce qui se fait et ce qui existe comme production de l'homme* », elle est « *surtout et d'abord ce qui se fait et ce qui existe comme ayant du sens dans une communauté particulière* » (Clanet, 1990:16). Parler du sens nous oblige à prendre en considération le jeu dialectique du global et du particulier, de l'identité collective et des identités individuelles.

Dans la construction de toute identité personnelle, la culture est souvent un facteur « *d'uniformisation différentielle* » (Camilleri, 1989:26), qui se qualifie par une dynamique permanente d'aménagement des différences, y compris des contraires ; en d'autres termes elle permet de manifester, dans les aspects pragmatiques de la réalité ou dans les multiples formes d'adaptation à l'environnement, un ensemble d'attitudes, de discours et de pratiques, « *qui nous donne le sentiment de n'être pas contradictoire* » (Camilleri, 1989:44). Dans cette logique, tout être humain est un vecteur de sa propre culture et celle-ci, souvent, ne peut s'exprimer que par son intermédiaire, ce qui met en relief l'unité de sens ontologique sur laquelle nous construisons, autochtones comme immigré(e)s, notre être et dans laquelle nous nous investissons et nous reconnaissons. Toutefois cette relation entre global et particulier se révèle délicate ; entre une identité singulière et les différents types d'identité collective il n'y a souvent pas de continuité. Mais il importe qu'un tel lien soit tracé pour affranchir les normes culturelles de l'arbitraire. Toutes les cultures doivent être appréciées à travers cette interdépendance : « *il n'y a pas d'immunité culturelle* » (Augé, 1994:121).

En ce sens, le défi engendré par les sociétés plurielles est donc de créer les fondements d'une communication basée sur la réciprocité du regard et la qualité de l'interaction. La coexistence de personnes qui se rattachent à des univers référentiels différents, provoque, quel que soit le niveau auquel on se réfère, un changement du regard socio-anthropologique ; celui-ci trouve, en effet, la possibilité de réaliser son projet initial – la communication entre les êtres et les cultures –, ouvrant la voie à des réflexions nouvelles, censées réorienter, problématiser et complexifier les apports de l'anthropologie classique. L'oscillation entre les inscriptions socio-culturelles et les individus, entre le contenu des différences et les modalités de leur rencontre, nous permet ainsi de définir le noyau du rapport interculturel, cet « *ensemble de processus – psychiques, relationnels, groupaux, institutionnels... – généré par les interactions de culture, dans un rapport d'échanges réciproques et dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle des partenaires en relation* » (Clanet, 1990:21). A situation nouvelle, objet scientifique nouveau. Dans cette perspective, le domaine de la santé et de la maladie constitue un lieu privilégié de comparaisons théoriques et de confrontations pratiques et appelle à une plus grande perméabilité entre les sciences médicales et infirmières et les sciences humaines.

Une telle option est à l'opposé d'une attitude passive, se limitant à la récupération sommaire et partielle ou à l'assimilation superficielle, voire fonctionnelle, de l'altérité ; en évitant le piège de la célébration ethnocentrique, le regard interculturel propose et impose de la

modestie, et lutte contre toute tentation de récupération. Car, faute de penser l'autre, on construit l'étranger.

Ainsi, dans quelle mesure les professionnels du SSIRA intègrent dans leurs pratiques et dans la construction de leur savoir le concept d'altérité, l'ouverture à l'interculturalité et la modification de l'identité professionnelle pour répondre aux défis globaux de la contemporanéité ? Dans quelle mesure articule-t-on contraintes institutionnelles et demandes des usagers ? Comment la diversité des codes culturels propres aux usagers et aux professionnels de ce réseau est-elle abordée par les infirmier(e)s du SSIRA ?

L'intention est, ici, de se focaliser sur la pratique infirmière et de s'intéresser aux manières qu'adoptent ces professionnels pour décrypter les demandes de soins posées par les RA.

### ***Deuxième questionnement : pratiques soignantes et relations de soins***

L'existence d'une véritable hétérogénéité culturelle est aujourd'hui un fait reconnu, donnant lieu à des réflexions fondamentales en matière de santé et de maladie. De fait toute altération de l'intégrité idéale du corps déclenche les capacités et les potentialités d'une société, voire d'une personne, à œuvrer à la prévention ou à l'évacuation de l'élément perturbateur. Les termes d'« intégrité idéale » sont utilisés, ici, comme révélateurs de contenus polysémiques, car dès que l'on parle génériquement de santé et de maladie se dessine une pluralité de gestions possibles, qui font de l'art médical humain l'expression multiple d'expériences et de connaissances, soumises à une interaction constante (Benoist, 1996). Cette interaction trace des lignes de démarcation précises autour des différences et présente des dynamiques d'acculturation souvent brutales. Derrière ces inégalités et ces mouvances s'ébauche toutefois un projet analogue, celui de soigner les individus. Les représentations sous-jacentes à chacun de ces projets sont, par conséquent, susceptibles d'ouvrir la réflexion anthropologique et médicale aux ambivalences que le corps contient en lui, ainsi qu'aux discours que chaque culture produit.

Tout migrant étant porteur de son cadre culturel de référence, il importe de ne pas négliger les dynamiques qu'il induit ; les ignorer reviendrait à méconnaître les enjeux d'une émergence qui risque de modifier sensiblement nos connaissances théoriques et nos compétences pratiques dans le domaine de la santé et de la maladie. En d'autres termes, il s'agit de saisir, dans leur particularité et à travers leur impact sur notre propre modèle, diverses visions de la vie, de la mort et du monde, ainsi que leurs prémisses médicales, leurs niveaux d'analyse et les finalités poursuivies. Bref de se concentrer sur les qualités d'une appropriation spécifique de l'Homme. A partir de ces prémisses, ce sont plus particulièrement les enjeux qui découlent de la relation entre soignants et soignés qui nous intéressent ici.

Cette interaction humaine spécifique n'est jamais autonome, elle se constitue au contraire à partir des attentes et des réponses des acteurs qui la créent et la renouvellent chaque fois. En d'autres termes, il n'existe pas une vérité en soi dans la relation soignante ; celle-ci s'affirme dans un processus qui n'est autre que « *quelque chose que nous créons* » (Maruani et Watzlawick P., 1982:149). Les enjeux de cette construction, jamais unique, appellent au renouvellement non pas des connaissances qui y sont rattachées, mais plutôt de leur mode d'appropriation. Autrement dit le processus engendré par les différences décrites nous oblige à nous pencher aussi bien sur les conditions dans lesquelles il se produit, que sur la manière



dont les contenus qu'il véhicule s'enchaînent, s'agencent les uns les autres, s'autorégulent ou se heurtent à des impasses.

La nécessité de comprendre ce qui, entre l'acte médical et soignant et le vécu individuel, donne lieu à la guérison ou au soulagement de la souffrance corporelle, amène à réfléchir sur les contenus et le processus de cette relation ; en effet, loin d'être neutres, les conduites du médecin et des infirmiers comme du migrant RA relèvent de deux champs d'expériences et de connaissances spécifiques qui, la plupart du temps, prêtent à des malentendus, voire à des incompréhensions. Les professions de soins sont dès lors appelées à se confronter avec la mobilité du monde, et ce qui était prétexte aux réflexions ethno-anthropologiques devient aujourd'hui un sujet d'attention de plus en plus présent, notamment dans le milieu médical et soignant.

Le décalage entre les porteurs de cette culture et les migrants RA peut s'expliquer par la pluralité des images projetées sur le corps, façonné par le contexte social et culturel d'origine. *« Le corps est un vecteur sémantique par lequel se construit l'évidence de la relation au monde : activités perceptives, expression des sentiments, étiquettes de mise en jeu dans les rites d'interaction, techniques du corps, relation à l'hygiène, à l'esthétique, représentations et imaginaires du corps, affections 'mentales' ou 'organiques' et manière de les vivre ou de les combattre avec des modes thérapeutiques diversifiés, séduction, relation à la souffrance, à la douleur, relation à la pudeur... »* (Le Breton, 1992:13).

Emetteur ou récepteur, le corps produit du sens ou du non-sens, détermine dans son attitude des barrières ou des perméabilités. A travers les processus relationnels, les corps des soignants et des soignés mettent en jeu non seulement l'ambiguïté de leurs représentations plurielles (Helman, 1992), mais aussi la réciprocité de leur regard. Chaque soignant, médecin ou non, est en effet porteur d'un cadre de référence propre, qui influence son rôle, sa gestion de la relation, ses attitudes thérapeutiques et ses attentes ; le patient migrant, quant à lui, met en scène, à travers sa demande, sa trajectoire existentielle, sa perception de la maladie et la façon de recouvrer la santé ; de même l'importance qu'il accorde au thérapeute et à la qualité de son attitude médicale est prioritaire. Par l'intermédiaire de son corps, il véhicule ainsi des limites de sens plutôt que des limites de fait. Dans un contexte de soins occidental, les attitudes du sujet migrant sont souvent adaptées volontairement aux circonstances : les signes de son appartenance disparaissent en faveur d'une modulation faussée de son attitude ; la recherche d'une entente verbale et infraverbale avec les soignants occidentaux ne lui permet pas la pleine expression de sa propre symbolique corporelle, intimement liée à l'affectivité. Il serait toutefois illusoire de croire que le processus relationnel soignant entre les acteurs puisse se dérouler exclusivement sur le registre du soignant sans secousse ni malentendus : les inscriptions culturelles du corps résistent longtemps au changement culturel (Le Breton, 1990). Il devient donc impératif que les soignants relativisent leurs discours et leurs pratiques, s'interrogent sur leurs instruments d'interactions, sur leurs modes d'expression corporelle, mesures visibles de leur expérience. De cette façon seulement les enjeux interculturels inscrits dans la relation thérapeutique pourront se transformer en un projet de régulation communicationnelle, censé dépasser l'impasse des pratiques.

En ce sens, l'optique médicale scientifique, reposant sur l'observable, le mesurable et le reproductible, exclut souvent du champ médical conventionnel toute approche globale qui

porterait sur l'homme un regard non analytique ; de là découlent les difficultés à développer des modes de prise en charge thérapeutique dans un contexte pluriculturel.

Pour le moment, seul le champ de la santé mentale et plus spécifiquement celui de la clinique interculturelle (Nathan, 1994, Rossi, 1995), s'est ouvert progressivement à la richesse d'un dialogue entre des univers référentiels différents. Les recherches de psychiatrie transculturelle ou encore d'ethnopsychiatrie, qui apportent un « *changement de perspective sur la maladie mentale, changement qui permet quelquefois de comprendre par déplacement et renvoi sur une autre grille de référence, un autre code symbolique, des mécanismes psychopathologiques jusque-là obscurs* » (Guyotat, 1991:3), ont donné naissance à des techniques thérapeutiques mixtes, adaptées aux besoins spécifiques des patients migrants. Le recours à des théories et à des pratiques encore balbutiantes permet, entre autres, une collaboration de plus en plus étroite entre soignants issus de cultures traditionnelles et soignants occidentaux. Cet effort de coopération nous donne l'occasion de mieux comprendre et gérer la relation entre culture et psychopathologie, entre milieu et corps. La maladie doit être abordée à travers le bouleversement qu'elle entraîne dans le mode de vie des malades. Elle représente en effet une cassure dans le quotidien, étant perçue et vécue surtout à travers les images véhiculées et le sens qu'on lui donne ; elle constitue une expérience humaine particulière et, pour l'intérioriser, l'individu recourt systématiquement aux références de sa propre culture. De plus les deux derniers auteurs cités nous rendent attentifs au fait que dans une situation d'exode, le vécu pathologique se présente souvent comme l'expression d'une résistance culturelle.

L'ouverture, les ressources analytiques et les capacités de problématisation dont font preuve les disciplines de la santé mentale manquent en revanche à la médecine somatique. La parcellisation du savoir médical et la rupture épistémologique consécutive entre corps et psyché, santé et maladie, maladie physique et mentale, nous dévoilent ici les contradictions manifestes de la raison scientifique.

Pour celle-ci, la vision du corps se réduit à la représentation conçue et gérée par la science bio-médicale. Bien que le malade migrant soit souvent marqué par une acculturation à la sémiologie médicale (Rossi, 1994a), l'intégration de ce langage somatique – seul mode de communication possible dans un terrain où le discours médical domine – répond avant tout à la nécessité d'évoquer son état morbide. Mais cette capacité de s'approprier partiellement les manifestations immédiatement saisissables que sont les symptômes, ne devrait pas faire oublier que les contenus de l'expérience et de la connaissance du migrant vont bien au-delà d'un corps « instrumental ». Dans ce sens, et sur la base de son inscription culturelle, tout malade construit des représentations corporelles unifiées, qui soulignent l'interdépendance entre l'organique et le psychique et entre ceux-ci et le mode de vie adopté. Dans l'acte de soin ou de guérison, le migrant se voit néanmoins souvent dépossédé de son corps, de son temps, de ses espaces, de ses réseaux relationnels, de son travail. Le fonctionnement de la médecine occidentale et ses inscriptions institutionnelles séparent avec commodité l'explication et l'intervention somatique de celles relevant du psychique et du relationnel, en créant des clivages encore plus profonds entre l'histoire biologique du malade et son parcours individuel, émotionnel et social. En effet l'actuelle orientation de la médecine, reposant sur la fragmentation du savoir, le découpage disciplinaire et l'atomisation des problèmes, entraîne souvent chez les médecins une conception du monde dont le principal défaut réside précisément dans le fait que l'objet de son activité – l'Homme – est considéré exclusivement

comme objet et non comme sujet (Rossi, 1994b). C'est dans cet ordre d'idées que la négation implicite du corps véhiculé par les migrants, l'exorcisation de ses affects et de ses manifestations, marque le langage médical somatique et fait du médecin le détenteur involontaire d'une mort communicationnelle annoncée, de la même manière qu'il contrôle selon ses propres paramètres un corps réifié. Ces actes relèvent d'une anthropologie résiduelle qui, au nom de l'efficacité soignante, abolit la subjectivité du corps migrant et annule toute ouverture.

Il ne s'agit pas, pour les médecins et les soignants, et au nom de l'efficacité du travail qu'ils accomplissent, de connaître la culture de leurs patients au même titre que d'autres professionnels, dont des psychothérapeutes par exemple ; ils auraient cependant tout à gagner à intégrer des notions de socio-anthropologie qui les aideraient à mieux contextualiser et à gérer la relation. A défaut d'en faire un usage thérapeutique, ils pourraient au moins, de cette façon, accroître la qualité de la communication, et donc pratiquer une meilleure prise en charge. Les patients migrants qui viennent les voir sont porteurs d'une demande de soutien. Pour les médecins et les soignants la première phase de cette aide consiste à donner un sens à leurs plaintes ; mais il ne peut y avoir sens si l'on ne tient pas compte des enjeux que le corps des migrants véhicule. Sans cela, on risque d'engager le patient dans une errance thérapeutique pleine de dangers à moyen et à long terme.

Etant donné que la qualité de la prise en charge médicale, du point de vue de la sécurité et de la fonctionnalité a déjà été analysée dans une étude antérieure (Bodenmann, Althaus, Genton, Pécoud, 2003), il nous importait d'examiner, ici, le rôle des professionnels infirmiers dans ce réseau. Compte tenu de leur positionnement en première ligne du réseau FARMED, il s'agissait de voir, si ces dispositifs ont des incidences sur les savoirs et sur les pratiques infirmières ainsi que, le cas échéant, sur le statut de ces professionnels. En effet, la responsabilité d'effectuer le premier pas d'investigation médicale élargit notablement le champ d'intervention et d'autonomie professionnelle dévolus à ces soignants. Cela soulève notamment la difficulté et la nécessité de préciser la nuance qu'établissent ces soignants et leurs supérieurs hiérarchiques, entre diagnostic infirmier et diagnostic médical.

Autour de la santé et de la maladie, la migration suscite de nombreuses interrogations pour les professionnels de santé. Les migrants RA véhiculent des aspects socio-culturels issus de leur milieu d'origine d'une part et d'autres imposés par le processus d'adaptation au contexte d'accueil. Par conséquent, le champ de la santé des migrants présent dans nos institutions et dans nos services sanitaires n'implique pas seulement des préoccupations médicales et soignantes, mais exige une véritable redéfinition de la mission sanitaire sur la base d'une construction sociale renouvelée de la santé (Rossi, 1994a). Cela signifie que la recherche des facteurs prédisposant et favorisant le développement de la maladie des usagers RA doit aller de pair avec la recherche des facteurs garants de bien-être. A cet effet, il faut nécessairement développer des regards multiples et créer des relations pluridisciplinaires et interdisciplinaires. La nuance qui distingue les deux termes mérite d'être encore une fois relevée. L'adaptation et l'intégration ne vont pas de soi et il est convenable d'opérer le passage de la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité de façon progressive. Si, avec la première on procède à l'addition de travaux élaborés indépendamment, avec la seconde, on est amené à créer « une discipline de l'interdisciplinarité », contenant à la fois une *« réflexion théorique sur l'articulation des diverses disciplines concernées, une recherche théorique et pratique en vue de la constitution d'une plate-forme commune et d'outils qui permettent l'élaboration d'un sens et d'un non-*

*sens pour chacun et, surtout, une attitude personnelle... d'ouverture aux autres et de réflexion critique sur ses propres concepts et dispositions » (Leman, Gailly, 1991:135). Le professionnel qui se lance vers d'autres horizons scientifiques devient, de fait, un migrant de la pensée et de l'action.*

Toutefois dans cette rencontre avec la demande de soins des RA, la complexité des implications, que les processus relationnels et thérapeutiques nous dévoilent par l'intermédiaire des pratiques soignantes, doit nous prévenir contre toute tentative de créer institutionnellement l'étranger dans des conditions d'exercices aptes à « ghettoïser » sur le registre du soin. De fait, surdéterminer la différence est une attitude d'attaque de la souffrance de l'exil qui mènera, tôt ou tard, si l'on n'y prend pas garde, à produire et à sur codifier la différence.

La relation entre santé et migration présente à travers l'interculturel une subtile réflexion sur le même et sur l'autre, en nous rappelant que sans un travail sur soi, il est impossible d'œuvrer pour le soulagement de la souffrance et de la douleur d'autrui. Pour les professionnels du SSIRA, les expériences pratiques et les connaissances accumulées dans les formations sont censées répondre à l'exigence d'une réactualisation de leurs compétences professionnelles.

Ainsi, il est légitime de se poser la question sur les modalités, à travers lesquelles se construisent ces compétences et de savoir si elles sont réelles et appropriées. Ce service constitue un véritable lieu de soins, caractérisé par des missions spécifiques, censées répondre aux enjeux des migrations dans le domaine des soins. Quelle est l'opinion des personnes directement concernées, ou plus précisément :

- Le rôle dévolu aux infirmiers dans le cadre du réseau FARMED implique-t-il un changement de culture professionnelle et, si c'est le cas, comment les professionnels infirmiers se positionnent-ils à ce propos ?

### ***Troisième question : entre parcours de migration et pratique de santé des RA***

Partant de considérations développées par des chercheurs qui se sont intéressés à la santé des migrants – nommons en particulier Raymond Massé (Massé, 1995 ; Maggi, Cattacin, 2003) – nous avons eu l'intention d'explicitier au travers du vécu d'une cinquantaine de personnes le rapport établi par les patients eux-mêmes et par les soignants entre les différents facteurs pré-migratoires et post-migratoires identifiés comme influant sur la santé des migrants, à savoir :

- les facteurs biologiques et psychologiques (état de santé au départ, bagage génétique, constitution physiologique, caractéristiques psychologiques) ;
- les conditions d'émigration (départ voulu ou imposé, violences subies dans le pays d'origine, contraintes économiques, déstructuration du noyau familial, filières de migration et contacts avec l'illégalité) ;
- conceptions culturelles d'origine et du pays hôte (savoirs médicaux populaires, habitudes de vie, familiarité ou non avec les méthodes de soin du pays hôte),

d'une part, et

- les politiques et les services d'intégration ;

- les conditions concrètes d'existence (possibilités ou non de travailler, conditions de travail, de logement, tensions intrafamiliales et communautaires) ;
- la communauté ethnique d'accueil (existence d'une communauté ethnique organisée, solidarité communautaire) ;
- accessibilité des services de santé et leur utilisation ;

en amenant les RA rencontrés à nous faire le récit de leur expérience migratoire et de la perception qu'ils ont de leur état de santé et des ressources dont ils disposent pour l'améliorer.

Nous cherchions à savoir si la rationalité médicale voulue par le réseau FARMED permettait une approche satisfaisante des préoccupations des RA, quant à leurs soucis de santé.

En d'autres termes, il s'agissait de confronter les intentions d'efficacité médicale déclarées par le réseau FARMED, dans le respect des valeurs d'équité sociale qui lui sont associées, au vécu des patients et, ce faisant, de voir s'il n'y a pas hiatus entre pratiques professionnelles et cheminements thérapeutiques des patients.

En ce sens, pour aborder la question de l'accès aux soins des RA, entendu comme offre d'accueil d'une population spécifique, il faut connaître les logiques des disparités et de traitement. Dans ce champ d'intervention, il est important de considérer que la discrimination explicite ou implicite et l'hostilité potentielle de la société d'accueil a aussi une influence sur l'accès et l'utilisation des services. Pour aborder la santé des migrants RA, il est ainsi nécessaire de développer une vision globale de celle-ci (*understand life world of migrants*). De fait, la santé ne peut pas se définir seulement comme absence de maladie, mais elle est surtout synonyme de qualité de vie. Selon cette perspective, l'approche de salutogénèse élaborée par Antonovsky (1979), dépasse le clivage santé-maladie pour se fonder sur un continuum multidimensionnel et complexe entre santé et maladie. L'individu, à partir de sa condition et de l'environnement dans lequel il vit, élabore des stratégies pour influencer ce continuum. On est ainsi face à une orientation changeante, qui peut se modifier suite à des expériences, à une situation spécifique, à un succès ou à une faillite. Ce changement du paradigme de la maladie à la santé a pour conséquence une réorientation dans le domaine de la médecine et des soins vers les ressources sociales des individus. Au lieu de chercher exclusivement les causes du pathologique et de donner des réponses thérapeutiques, il s'agit aussi de renforcer les facteurs qui ouvrent à la santé et assurer les renforcements du lien social. En ce sens, les aspects sanitaires de la prise en charge de la population des RA dépassent les compétences du milieu médical et l'orientation de toute stratégie de réponse devrait être construite avec tous les acteurs concernés par le domaine, dont les RA, ce qui revient à expliciter les concepts propres à la santé communautaire.

#### ***Quatrième question : santé communautaire et communauté fictive ?***

Les sociétés plurielles constituent désormais la toile de fond où se construisent les identités individuelles et collectives. Comment « faire société » ? : telle est l'aspiration à laquelle devraient tendre la société civile et les politiques d'accueil, ce qui signifie redéfinir, avec urgence et compétence, une nouvelle articulation entre autochtones et migrants. Ce qui ne signifie pas considérer la problématique migratoire comme une adaptation nécessaire de la part de sujets et de groupes immigrés à des valeurs, des modes de vie, des normes, propres à la société d'accueil ; il s'agit dès lors de se référer à des spécificités, non plus homogènes mais hétérogènes, non plus uniques mais plurielles, afin d'assurer une dignité et une qualité

de vie à tout le monde. Ainsi, ce qui est réellement en jeu, c'est la promotion de l'analyse des processus de la relation à l'autre, de l'altérité constitutive et irréductible que tout sujet doit reconnaître et aménager dans sa propre construction. Tout individu est ainsi soumis à l'élaboration de soi dans un contexte nouveau, celui du métissage tout d'abord – terme qui prête à conclusion et qui doit être compris comme le phénomène qui incarne une résistance contre l'oppression de l'uniformisation et contre l'exacerbation des particularismes – et celui de l'interculturalité ensuite – à appréhender comme la tentative d'élaboration de limites à l'affirmation des différences, particulièrement quand elles risquent de mettre en cause le « vivre ensemble. »

Toutefois, l'affirmation d'une société multiculturelle aux sens et aux valeurs pluriels, est aussi marquée par des inégalités flagrantes. Dans cette perspective, les parcours migratoires qui convergent, temporairement ou définitivement, dans notre pays, nous dévoilent une pluralité de stratégies possibles pour s'adapter et vivre avec les contraintes et les potentialités du lieu d'accueil. Les réalités individuelles et communautaires, culturelles, sociales et politiques évoquées dans diverses études ainsi que les raisons, les motivations et les projets qui animent les migrants sont fortement hétérogènes (Wicker et al., 2003). Les dynamiques de construction, déconstruction et reconstruction de soi qui en découlent sont souvent le signe d'une identité dynamique, qui peut engendrer des difficultés d'adaptation et des souffrances, mais aussi des opportunités et des ouvertures. Il n'en demeure pas moins, qu'une bonne partie d'entre eux éprouvent dans leur parcours, la mise à distance que suscite la différence sociale et culturelle. Et cela est d'autant plus valable pour les requérants d'asile.

Ainsi, le choix d'une destination et la volonté d'y travailler et/ou d'y recommencer sa vie, se heurte au dispositif tracassier de la politique d'accueil. Comme pour tous les Etats récepteurs du monde occidental, la Suisse dispose d'un pouvoir considérable sur les destinées des exilés. Plusieurs études suisses (Bolzman, 2001 ; Tabin, 1999) montrent de quelle manière les décisions politiques se sont aussi fait l'écho de considérations morales et de jugements de valeur. Ainsi, autour des parcours singuliers et des flux collectifs, s'est mis en place un processus de distinction entre autochtones et immigrés ; ce qui signifie que les expériences et les trajectoires de migration individuelles sont fortement influencées par le contexte et les changements qui ont lieu au niveau de la société d'accueil. A ce propos, relevons la distinction entre *immigration policy* (politique d'immigration), qui porte essentiellement sur la politique d'admission et comprend toutes les étapes de la procédure nécessaire à la reconnaissance du statut de réfugié, et *immigrant policy* (politique d'accueil) qui aborde quant à elle les questions relatives aux conditions de vie concrètes des requérants d'asile, la deuxième étant fortement influencée par la première. Plus précisément, cela revient à constater que « l'intégration » des personnes de nationalité étrangère est moins un problème lié à des groupes sociaux spécifiques avec leurs caractéristiques, que de la société dans son ensemble ; ce qui fait de l'intégration une dynamique endogène et non pas une question exogène.

Autour de ces questions, la gestion politique transforme les requérants d'asile en « *infirmes du National* » (Noriel, 1991), ce qui rend leur situation d'exilés si fragile avec des influences certaines sur leur état de santé (Weiss R., 2003).

Ces paradoxes s'inscrivent dans la problématique de santé communautaire propre aux RA. Ils constituent dans leur ensemble une communauté sur la base de prises de décisions politiques

et leur seul facteur commun est le permis spécifique qui leur est octroyé. Pourtant, ils véhiculent aussi la question du pluralisme culturel.

En ce sens, la problématique santé et migration devrait permettre de relire l'émergence d'une « question ethnique » dans le monde de la santé. Cette réalité ne peut pas être appréhendée ni sous la catégorie « immigré » ni sous la dénomination « requérant d'asile » : elle correspond à ce que, dans la plupart des pays du monde, notamment anglo-saxons, on appelle « minorités ethniques » présentes dans les sociétés occidentales. Nombre de travaux ont montré les conséquences de ces disparités en termes d'inégalités devant la maladie et la mort (Williams, 1995), mais pas seulement. Cette relation imprègne aussi bien les discours scientifiques, notamment épidémiologiques, que les discours des praticiens, notamment infirmiers, pour qui souvent les difficultés de leur pratiques et les obstacles de leurs missions institutionnelles trouvent leur justification face à l'écueil des différences culturelles. Le problème de leur mesure, c'est-à-dire de la catégorisation des groupes en fonction de leur origine, voire d'une identité supposée et définissable a priori, est complexe et controversé : pour les uns, « *les interventions contre les discriminations réclament une connaissance précise de la situation sociale et économique des groupes-cibles, et donc une quantification détaillée* » (Simon, 1999) à l'image de ce qu'a obtenu en Grande-Bretagne la *Commission for Racial Equality* ; pour les autres, « *systématiser la référence à l'origine étrangère reviendrait à entériner les appariements implicites entre immigration et problèmes sociaux et à valider définitivement des identités symboliques fondées sur la stigmatisation* » (Spire, 1999), à l'image de ce qu'on observe aux Etats-Unis. Sans prétendre trancher cette question ici, cette enquête prend l'option de différencier l'enregistrement systématique d'une information, qui tend à la réifier, de la réalisation d'enquêtes *ad hoc*, qui permettent des explorations spécifiques. En ce sens, il convient, de rappeler que toute introduction d'indicateurs concernant l'origine dans les études de santé publique ou de santé communautaire doit s'accompagner de l'identification simultanée d'autres types de variables, notamment ; permis de séjour, facteurs socio-économiques etc., afin de mieux articuler les deux logiques culturelles et sociales.

De fait, en analysant la situation en termes de relations interculturelles, plusieurs professionnels de la santé mettent en avant des croyances folkloriques censées constituer un quotidien incommunicable aux médecins, aux soignants et, plus largement, à la société d'accueil. Cette manière d'aborder les immigrés, et plus particulièrement les RA, a ainsi permis aux pouvoirs publics de mettre en œuvre une politique ethnique face à la souffrance et à la maladie, par délégation des activités de prévention et parfois de soins à des intervenants revendiquant une connaissance particulière de ces populations : les actions conduites au sein des populations africaines dans le domaine du sida (ANRS, 2002) par exemple, pour légitimes qu'elles soient, n'en constituent pas moins l'archétype de ces approches, même si certains des intervenants concernés ont clairement pris leurs distances par rapport aux préjugés basés sur la diversité. Ces contradictions entre le discours universaliste et le traitement particulariste des autorités sanitaires et des professionnels étaient, du reste, d'autant plus flagrants que ce traitement tendait à exagérer les différences et à hypostasier une culture africaine (Dozon, Fassin, 1989).

En réalité, si les RA, et probablement aussi leurs enfants, ont des taux d'incidence du pathologique plus élevés que la moyenne, adoptent des pratiques de prévention moins facilement, découvrent leur maladie plus tardivement, débutent leur traitement moins précocement, ce n'est pas en raison de différence culturelle ou d'un statut défavorable en

matière de droit aux soins, mais à cause d'un ensemble de disparités qui caractérisent leur condition sociale. L'analyse des politiques publiques doit ainsi s'efforcer de saisir le contraste entre les succès du combat pour une égalité de droit et les silences en matière d'inégalités de situation, contraste qui prévaut dans la plupart des pays européens (Math, 2000).

Cette critique étant formulée, pour les professionnels et chercheurs impliqués dans le domaine de la santé et de la migration il n'est pas difficile de se rendre compte que des différences existent entre les personnes selon leur origine. Comment en rendre compte sans tomber dans le piège culturaliste ? Comment s'intéresser à la culture en évitant sa réification ? A cette interrogation, deux exigences théoriques et méthodologiques apportent des éléments de réponses : une lecture scientifiquement et éthiquement acceptable de la culture suppose, d'une part, un travail de mise en perspective historique et d'autre part une inscription dans le social. En particulier, il s'agit de lier les macro-phénomènes qui affectent la société – en l'occurrence, l'histoire des immigrations en Suisse (Tabin, 1999), les politiques d'immigration, les évolutions du marché de l'emploi et de l'habitat – et les micro-phénomènes qui concernent l'existence des personnes, leur statut juridique, leur possibilité de travailler et de se loger, leurs relations avec les nationaux et les autres étrangers, leur accès à l'information, à la prévention, au traitement, etc. Cette articulation entre les deux niveaux peut être traitée au niveau de biographies qui livrent une véritable économie politique de la maladie (Farmer, 1999). Dès lors, la question n'est plus « obstacles culturels » rendant compte des difficultés rencontrées par les intervenants, mais bien appréhension de l'expérience de l'immigré(e) RA malade en termes de condition sociale, c'est-à-dire en tant qu'elle est une production de la société, qui en définit le contenu et les limites juridique, économique, politique et culturelle (Fassin, 2001). Ainsi, selon le principe classique consistant, sous des formes plus ou moins atténuées, à blâmer la victime, la focalisation sur l'étude des populations auxquelles on destine des prestations évite souvent un examen des conditions dans lesquelles ces prestations sont délivrées. Ce que la présente étude évitera de faire. C'est en tenant compte de ces prémisses et dans ce contexte que doit être définie la santé communautaire et doivent être créées des réponses soignantes appropriées.

## **1.5 Approche méthodologique et dispositif de l'enquête**

### **1.5.1 L'enquête auprès des infirmiers du SSIRA**

Nous présentons en premier notre démarche méthodologique concernant l'enquête réalisée auprès des infirmiers du SSIRA. Dans un deuxième temps, la démarche auprès des RA sera décrite.

Tout le personnel du SSIRA, engagé dans ce service au 1<sup>er</sup> mai 2003, a été contacté pour un entretien en profondeur d'environ une heure trente. Dix-huit professionnels ont accepté l'entretien. Deux n'ont pas participé à l'enquête, l'un a refusé de nous répondre en raison d'une baisse d'intensité de son investissement et l'autre était en congé maternité à ce moment-là. Par ailleurs, le nombre de centres SSIRA étant restreint (trois), nous n'avons pas voulu mettre en exergue, dans l'analyse, ce qui était propre à l'un ou à l'autre pour éviter toute identification de personnes et toute stigmatisation, la confidentialité étant indispensable dans ce type d'étude.



Parmi les infirmiers interrogés, cinq sont des hommes et treize des femmes. Leur âge moyen et médian est de 39 ans, le plus jeune a 28 ans et la plus âgée 51 ans. Cinq infirmiers travaillent au SSIRA depuis moins d'un an, huit depuis 1-4 ans et cinq depuis 5 ans et plus<sup>10</sup>. Neuf d'entre eux n'ont aucune expérience du Tiers-Monde, quatre ont fait un stage de moins de six mois dans un pays du Tiers-Monde et cinq y ont vécu et travaillé pendant plusieurs années<sup>11</sup>.

Seize infirmiers ont une formation de base en soins généraux et deux en psychiatrie. Six n'ont suivi aucune formation post-diplôme, quatre ont une formation dans un domaine éloigné de la pratique du SSIRA (soins intensifs, sage-femme), quatre ont une formation en santé publique ou santé communautaire et les quatre derniers ont une formation en sciences humaines (sociologie), en médecine tropicale ou une formation spécifique à des populations migrantes ou du Quart-Monde.

Entre octobre 2002 et février 2003 l'équipe de recherche a rencontré, à plusieurs reprises, l'ensemble des infirmiers du SSIRA dans le but de présenter les objectifs de l'étude.

Egalement en septembre 2003, après la récolte des entretiens, deux des chercheurs ont à nouveau sollicité l'ensemble des infirmiers pour une toute première restitution d'une pré-analyse de l'enquête afin d'en vérifier la pertinence. L'équipe des chercheurs a eu le souci de restituer régulièrement les pré-analyses, ce qui a permis d'adapter si nécessaire et au fur et à mesure certaines hypothèses de la recherche. Enfin, pour compléter nos données et nous assurer toujours de la pertinence de certains de nos résultats, nous avons organisé un groupe de discussion focalisée d'environ une heure à une heure trente par centre en novembre 2003. Deux à trois animateurs ont été présents à ces groupes et l'ensemble des discussions a été enregistré et retranscrit par écrit. Ces groupes ont eu lieu alors que les principales lignes directrices de la restructuration avaient été arrêtées et que les premiers changements dans les pratiques avaient été introduits.

Les entretiens ont été réalisés entre mai et juin 2003. Le moment de l'enquête correspond à une période de transition pour le SSIRA qui a changé d'appartenance institutionnelle et a passé de la tutelle de la FAREAS et de l'action sociale à la tutelle de la PMU et de l'action sanitaire au 1<sup>er</sup> janvier 2002. Les locaux et le personnel étaient restés les mêmes, l'organisation et les prestations n'avaient encore subi pratiquement aucun changement hormis la nomination d'un responsable infirmier pour chacun des trois centres. Autre fait marquant de cette période d'entretiens, l'infirmier chef du service a été licencié.

Durant cette même période, les infirmiers se sont organisés en groupes de travail pour penser la restructuration de leurs interventions sous la direction de la PMU. Les effets de cette restructuration sur les pratiques ne s'étaient donc pas encore fait sentir au moment où nous avons interrogé les infirmiers. Si nous avions réalisé notre enquête après l'introduction des changements, les réponses que nous aurions obtenues auraient probablement été différentes.

Malgré la restructuration, les infirmiers ont fait preuve d'engagement et de disponibilité à notre égard. Ils ont planifié eux-mêmes les rendez-vous à partir des plages horaires que nous leur avions désignées. Ils nous ont, pour la plupart, reçu à l'heure dite et se sont dits intéressés

---

<sup>10</sup>Dont trois depuis 5-9 ans et deux depuis 10 ans et plus.

<sup>11</sup>Dont trois sont partis pour le CICR.

par les différentes questions posées, celles-ci, ont-ils encore dit, leur permettant de réfléchir à leur activité sous un angle inhabituel, ce qui leur permettait d'adopter une position distanciée et une vue d'ensemble. Une seule personne s'est montrée réticente durant l'entretien, les autres ont été très disponibles et ont même accepté certains dépassements d'horaire, ce dont nous les remercions.

Pour la démarche méthodologique concernant les RA, l'approche anthropologique qui a présidé à l'orientation de cette recherche de terrain, imposait que soient placés au premier plan de l'analyse la perception et le discours de l'acteur social considéré. Autrement dit, son cheminement dans le réseau de santé, et d'accéder par le biais d'entretiens canalisés à la signification qu'il accorde à sa santé et à ce qui la concerne. Cette approche inductive qui donne la parole aux patients RA a requis un dispositif de recherche qui a nécessité la prise en compte d'un certain nombre d'éléments afin d'éviter de tomber dans des raccourcis interprétatifs.

En effet, si en regard des méthodes d'analyse statistiques, l'approche anthropologique considère le témoignage de l'acteur social individuel comme pertinent pour rendre compte d'une certaine réalité sociale, elle requière néanmoins le recoupement des différentes réalités singulières afin de constituer un corpus de données qualitatives et d'accéder à l'épaisseur théorique plus large d'un contexte donné. Contestant d'emblée la réalité de l'existence d'un collectif cohérent des RA, nous n'avons pas pour ambition de dégager une quelconque représentativité statistique des quelque 8'500 individus de 83 provenances différentes résidant dans le canton de Vaud au moment du lancement de cette enquête (Chiffres FAREAS, janvier 2003). Cela étant dit, il s'agissait quand même de tenir compte d'un certain nombre d'impératifs pratiques liés aux contraintes de temps et de moyens financiers forcément mesurés pour mener cette étude, qui imposaient de limiter le nombre d'entretiens envisagés. Par conséquent, les critères retenus pour la constitution de l'échantillon des personnes que nous cherchions à rencontrer se sont basés sur le cumul des zones de provenance des RA et sur l'identification chez ceux-ci de facteurs qui complexifient la prise en charge infirmière, notamment des facteurs psychosociaux et des maladies de longues durées.

Une estimation pondérée entre le temps planifié pour mener les enquêtes et le nombre d'enquêteurs à disposition d'une part, l'envergure de la population considérée d'autre part, nous a amenés à nous déterminer pour un échantillon constitué d'une cinquantaine de RA (au final, 46 entretiens ont été réalisés). Estimant qu'il existe des habitudes culturelles liées aux pratiques de santé selon les lieux d'origine, nous avons tenu à rassembler dans cet échantillon des personnes provenant des principales zones d'émigration présentes dans le canton de Vaud, à savoir :

- Une douzaine de personnes en provenance des pays d'Afrique de l'Est (Erythrée, Ethiopie, Somalie).
- Une douzaine de personnes en provenance des pays d'Afrique de l'Ouest (Sierra Leone, Côte d'Ivoire, Congo, Cameroun, Angola).
- Une douzaine de personnes en provenance des pays du Proche Orient, Moyen Orient et Maghreb (Turquie, Irak, Syrie, Yémen, Palestine, Afrique du Nord).
- Une douzaine de personnes en provenance des Balkans (pays d'ex-Yougoslavie et Kosovo)
- Deux personnes en provenance des pays du Caucase (Russie, Arménie).

Ayant le souci d'interroger des personnes dont le parcours thérapeutique est d'actualité, nous avons demandé aux infirmiers du SSIRA de nous référer les patients se présentant actuellement à leurs consultations, moyennant concordance avec les critères de provenances et de pathologie retenus et du consentement des personnes à répondre à nos questions. Dans la mesure de la possibilité d'effectuer un choix parmi les noms qui nous ont été présentés, nous avons également cherché à respecter une répartition de la population par genre et âge proportionnellement à leur présence respective dans la population globale faisant l'objet de cette analyse.

Outre l'actualité des situations qui nous étaient ainsi soumises, l'avantage de sélectionner nos informateurs par le biais du SSIRA était aussi l'assurance d'avoir pour interlocuteurs des personnes contactées sur la base de leur problème de santé et de se démarquer ainsi d'une possible confusion entre nos entretiens et les diverses enquêtes effectuées par l'Office fédéral des réfugiés auxquelles les RA sont soumis au cours de la procédure de demande d'asile. En procédant de la sorte, nous constituions aussi les infirmiers du SSIRA comme réels partenaires du terrain – condition méthodologique requise par le Fonds DORE qui a financé cette recherche – puisque nous nous engageons à nous intéresser à des usagers de leur réseau de santé et à des problématiques de santé avec lesquelles ils sont aux prises dans leur quotidien et qu'eux-mêmes jugeaient utiles d'investiguer. C'est pourquoi la phase des entretiens a été précédée par une phase exploratoire au cours de laquelle la pertinence des thèmes à investiguer a été contrôlée auprès du personnel infirmier du SSIRA.

Cette méthode d'investigation nous a été dans un premier temps reprochée par la Commission d'éthique de la recherche du CHUV, dont l'aval<sup>12</sup> était requis car que cette recherche entendait interroger des patients d'un service des Hospices vaudois. La Commission s'est étonnée que l'on demande à nos informateurs du premier groupe – les infirmiers du SSIRA – de nous choisir les sujets du deuxième groupe – les RA, un « biais de sélection » faisant fi de la constitution aléatoire d'un échantillonnage. Or, si l'aspect aléatoire de la constitution de l'échantillon est pertinent dans une recherche épidémiologique, elle ne nous est pas apparue appropriée pour une recherche inductive qui vise à donner la parole aux acteurs en les amenant à s'exprimer sur des thématiques prédéterminées et qui les concernent à un titre ou un autre. L'objectivité scientifique dans ce cas-ci découle de la capacité des chercheurs à dégager et à analyser le point de vue des acteurs interrogés, en repérant les préoccupations convergentes et récurrentes et en les interprétant afin d'être à même de suggérer, le cas échéant, des aménagements en vue d'une meilleure adaptation du système de santé destiné à une population migrante, ou de reconnaître la validité du modèle existant. S'il y a eu inconvénient dans cette démarche, cela a été de dépendre de la disponibilité des infirmiers pour identifier les RA susceptibles d'intéresser notre recherche et pour obtenir de ces derniers leur consentement à répondre à nos questions.

Non seulement il était pertinent de procéder de façon ciblée et non aléatoire, mais pour aborder le plus finement possible la situation de vie des RA dans toute sa complexité, il aurait fallu aussi tenir compte dans la constitution de l'échantillonnage de plusieurs autres paramètres influant la santé des personnes, outre ceux de l'origine (liée à des situations conflictuelles, de répression politique ou de pauvreté plus ou moins accentuées vécues dans le pays) et des pathologies de longue durée. Le facteur logement – en abri PC, en centre d'hébergement, en appartement FAREAS ou appartement loué par le requérant lui-même – a

---

<sup>12</sup>L'avis positif de la Commission d'éthique de la recherche du CHUV a été donné le 9 mai 2003.

des incidences notoires sur le sentiment de bien-être de la personne, comme nous avons pu le constater tout au long des entretiens tenus dans ce cadre. La situation familiale – famille disloquée ou réunie, célibataire sans soutien familial, personne âgée sans ses proches – joue également un grand rôle sur l'état d'angoisse ou le sentiment de confiance du requérant. Par ailleurs, la durée du séjour en Suisse, l'arrivée récente, suppose plus de fraîcheur des traumatismes à l'origine du départ, moins d'accoutumance aux pratiques locales, mais peut-être plus d'espoir de voir la requête d'asile aboutir, alors qu'un séjour prolongé suppose plus de familiarité avec les institutions en charge de l'asile, mais plus de déstabilisation face au prolongement de la précarité de la situation. Sans avoir pu choisir nos entretiens en fonction de ces facteurs, parmi les cas qui nous ont été soumis toutes ces situations ont néanmoins été rencontrées. Les 46 entretiens que nous avons eus nous ont permis de juger l'importance de ces conditions de vie grâce aux récits que nous ont fait les RA interviewés, même si tous ces cas de figure n'étaient pas vécus par les uns et les autres au moment des entretiens.

Fidèles à notre projet initialement déclaré, nous avons donné la parole dans cette recherche aux acteurs sociaux et nous nous faisons les rapporteurs de leurs témoignages au sujet de leur santé. Nous n'avons pas nous-mêmes observé leurs pratiques en matière de santé, n'ayant pas pour visée de confirmer ou compléter les propos recueillis par des informations relevant de notre propre observation. Nous nous référons là à une méthode d'analyse connue en sciences humaines sous le nom d'ethnométhodologie, laquelle pose la subjectivité des acteurs sociaux sur un pied d'égalité avec l'objectivité pour accéder à la réalité sociale que l'on désire éclairer. L'acteur social est ici considéré comme un être agissant sur sa réalité, « *capable dans le cours de ses activités quotidiennes, de raisonnement, de compréhension et d'interprétation de ses actions* » (Coulon, 2002:50), notre rôle étant de rassembler ce qui est rapportable et descriptible et de dégager de ces différents témoignages le sens qui autorise l'interprétation.

Par conséquent, nous allons dans ce chapitre illustrer nos analyses par des propos tenus par nos interlocuteurs au cours des entretiens et soutenus par les retranscriptions que nous en ont fait nos enquêteurs. La matière récoltée dans les 46 entretiens tenus pour cette enquête nous permet de vérifier et de documenter les hypothèses que nous avons soutenues, lesquelles reposent sur le schéma explicatif de la santé des migrants dans une perspective globale et dynamique, tenant compte des processus pré et post-migratoires. Nous sommes cependant conscients que ces témoignages sont à prendre avec précaution. Les relations de soin analysées ici ne sont pas une description complète de tout ce que les patients RA entreprennent pour se soigner et se maintenir en santé. Ce que font les personnes en dehors du réseau de santé déborde du cadre de cette enquête. C'est là une question essentielle si l'on ambitionne d'étudier en détail les articulations entre santé et migration. Cette lacune reflète donc une limite de cette recherche<sup>13</sup>.

### **1.5.2 Recrutement des médiateurs culturels : difficultés et modalités**

L'entretien semi-dirigé choisi comme méthode d'investigation pour recueillir les informations visées ici a requis un dispositif complexifié nécessitant la présence de deux personnes pour chaque entretien : un chercheur et un médiateur culturel. La présence du médiateur n'avait pas pour unique raison la communication linguistique bien que, n'ayant pas sélectionné nos informateurs en fonction de leur connaissance du français, nous nous attendions à rencontrer

---

<sup>13</sup>Pour une étude des comportements de santé des migrants, voir Maggi J. et Cattacin S., *Needed Basis research in « Migration and Public Health » 2002-2006 in Switzerland*, Neuchâtel, FSEMP, 2003.

des personnes ne pouvant s'exprimer dans notre langue comme d'autres qui la maîtrisaient mieux.

L'entretien semi-dirigé propre aux techniques d'enquête employées en sciences humaines ne peut être considéré comme une simple source d'information directe et univoque dans son contenu comme le serait une consultation d'un horaire de chemin de fer. Si l'investigateur ambitionne de pouvoir capter le *sens* que la personne à laquelle il s'intéresse attache au champ de vie qu'il lui soumet, il faut qu'il y ait *interaction* entre lui et son interlocuteur. Cette interaction comprend la compréhension des codes culturels propres à chacun, dont la langue est un aspect. Si la possession d'une langue commune aux deux interlocuteurs lève un obstacle important dans l'accès aux messages qui doivent s'échanger au cours de l'entretien, elle n'est toujours pas garante de l'établissement d'un véritable espace d'intercompréhension. La compréhension mutuelle suppose toujours partage de repères culturels entre les locuteurs. Or, ceci est d'autant moins assuré de se passer lorsque la discussion se déroule dans une langue apprise récemment pour l'un et de plus porte sur des domaines touchant à son intimité.

Rajouter un tiers aux entretiens en la personne des médiateurs culturels ne relève donc pas d'un luxe méthodologique. Il s'agit ici d'un véritable souci de réduire l'écart conceptuel susceptible de fausser la compréhension de l'enquêteur s'intéressant au parcours de vie d'un RA. « L'appropriation » mutuel ne pouvant dans ce cas présent prendre le temps que s'établisse une relation de familiarité, la présence du médiateur joue ici un rôle de pont facilitant l'établissement d'un espace communicationnel. Le médiateur culturel est plus qu'un traducteur : il est un relais culturel bidirectionnel. La tâche que nous avons accordée aux médiateurs culturels qui nous ont accompagnés dans cette étude consiste à relayer auprès de l'enquêté les objectifs heuristiques poursuivis par l'enquêteur, en adaptant le cas échéant certaines questions qui pourraient être perçues comme maladroites selon les codes culturels de l'interviewé. En retour, il doit traduire les réponses de l'interviewé mais aussi aider l'enquêteur à interpréter celles-ci. Plus qu'un « outil » de travail, le médiateur culturel a joué dans notre cas un rôle de partenaire de la recherche.

Le profil attendu pour nous aider dans cette enquête était par conséquent des personnes expérimentées dans le travail d'entretien avec les RA et déjà sensibilisées aux problématiques afférentes au domaine médical. La seule connaissance linguistique du médiateur n'a donc pas été l'unique critère de sélection. Nous rejoignons ici la nuance établie par nombre de chercheurs qui ont argumenté la pertinence et les inconvénients du recours à une médiation culturelle dans le cadre des relations de soins : les médiateurs culturels sont par leurs qualifications à distinguer des interprètes sans aucune formation particulière, recrutés parmi les proches du patient ou toute autre personne possédant la même langue que le patient, nommés « tiers traduisant » (Métraux, Weber, Singy, Guex, 2003)<sup>14</sup>. En nous entourant de partenaires de recherche expérimentés, dont certains collaborent depuis plusieurs années avec l'Association Appartenances, nous cherchions également à éviter les inconvénients et les biais susceptibles d'intervenir lorsqu'il est demandé à un proche du patient de faire office de traducteur<sup>15</sup>. Les médiateurs culturels qui nous ont assisté dans cette enquête ont pris part à

<sup>14</sup>D'autres nuances plus fines existent à propos des différents rôles joués par les interprètes et médiateurs culturels, selon leur degré de formation et leur relation au patient et au soignant. Voir à ce sujet Grin, 2003:141.

<sup>15</sup>En dépit de nos précautions, nous n'avons pu totalement éviter certains inconvénients dus aux connaissances mutuelles qu'ont les uns des autres les RA de certains groupes ethniques. Une requérante d'asile a refusé l'intervention de notre médiatrice avec laquelle elle avait des liens de parenté éloignés, ne souhaitant pas dévoiler devant elle des aspects touchant à son intimité. Le revers de cette médaille n'a pas non plus été aisé pour

deux des trois réunions de préparation, réunissant enquêteurs et médiateurs au cours desquelles les futurs membres de chaque duo ont eu l'occasion de faire connaissance et où leur ont été présentés les objectifs de la recherche et plus spécifiquement, ceux attendus de ces entretiens. En faisant appel à leur expérience personnelle, nous avons contrôlé auprès d'eux la pertinence des thèmes que nous souhaitions aborder et la meilleure façon d'amener nos interlocuteurs à s'exprimer dessus dans un climat de confiance. A cette occasion nous avons également insisté sur la posture méthodologique attendue de leur part au cours de ces entretiens, où il a été insisté sur la discrétion et la neutralité à l'égard des récits recueillis de la bouche des RA.

Dans notre dispositif, les médiateurs culturels avaient également un rôle opérationnel déterminant dans la phase préparatoire de chaque entretien, à savoir l'obtention du consentement du RA pour prendre part à notre enquête. En effet, l'infirmier ou l'infirmière du SSIRA qui avait sélectionné la personne avait commencé à lui parler une première fois de cette enquête et lui avait demandé son accord pour que ses coordonnées nous soient communiquées. Toutefois, il incombait au médiateur de vérifier auprès d'elle sa compréhension de la demande qui lui avait été faite et de s'assurer de son assentiment. Ce n'est qu'alors qu'un rendez-vous était fixé pour mener l'entretien. Pour éviter toute confusion ou malentendu, nous avons opté pour un consentement oral afin de nous démarquer des procédures administratives de l'asile où il est demandé aux requérants de signer des documents. Dans notre cas, le document d'information et de consentement préparé à l'attention des RA a surtout servi de support écrit pour les infirmiers/infirmières et pour les médiateurs culturels chargés d'expliquer son contenu au RA en langue vernaculaire lors de la prise de contact. Un dernier contrôle de consentement était effectué par l'enquêteur, avec l'aide du médiateur, au début de chaque rencontre.

### **1.5.3 Recrutement des enquêteurs : difficultés et modalités**

Cette recherche s'inscrit dans un partenariat entre la PMU et la Haute Ecole de la Santé La Source. Elle bénéficie du soutien du Fonds DORE qui a pour objectif l'encouragement de la recherche orientée vers la pratique menée dans les HES, grâce à un financement accordé par le Fonds national de la Recherche (FNS) et la Commission pour la technologie et l'innovation (CTI). Conformément au but poursuivi par le Fonds DORE, une large partie des subsides alloués à cette recherche ont été employés au financement du temps de travail des enseignants de la HES qui ont trouvé utile de s'associer aux enquêtes auprès des RA pour acquérir une expérience pratique de travail en lien avec un contexte de migration. Tous ces enquêteurs ont à leur actif une formation et une expérience professionnelle en soins infirmiers ainsi qu'une pratique d'enseignement. Cette double entrée en matière leur confère une réflexion poussée sur la compréhension de la santé et des manières de la pratiquer. Elle a été un atout pour la perception de la complexité des interactions existantes entre le contexte des pratiques professionnelles concernant les soins et les enjeux de l'accueil, de l'orientation et de la prise en charge en matière de santé des migrants.

Les onze enquêteurs recrutés au sein de l'Ecole La Source pour la plupart, mais aussi l'Ecole de Saint-Loup et l'Ecole de Bois-Cerf, ont été invités à prendre part à trois rencontres de préparation, les réunissant avec les médiateurs culturels, au cours desquelles la complexité des

---

certain médiateurs lorsque les récits des RA faisaient écho à leurs propres souffrances et accentuaient leur sentiment d'impuissance.

relations interculturelles dans le domaine de la santé a été discutée. Le souci du groupe de pilotage était à la fois de réunir au final un matériau de travail suffisamment documenté et fouillé pour apporter des éléments substantiels à notre enquête et d'éviter une dispersion des entretiens dans des champs manquant d'homogénéité et ne permettant pas les recoupements. En effet, dans notre dispositif, le rôle de l'enquêteur était de guider la personne interviewée sur les thématiques choisies et de la laisser s'exprimer librement à ce propos, tout en notant les éléments d'intérêt pour cette enquête. Il s'agissait donc que le collectif des enquêteurs possède un entendement commun du cadre contextuel de cette enquête, de ses problématiques et de ses objectifs. Les lignes directrices pour ces entretiens ont été discutées au cours des rencontres préparatoires où les points suivants ont été abordés :

- Le concept de santé communautaire
- Le cadre légal de l'asile en Suisse
- Le contexte migratoire propre au canton de Vaud
- Eléments de précautions concernant les situations qui pourront être rencontrées dans le cadre des entretiens.

Outre cette sensibilisation collective au contenu et au contexte des entretiens, il a été également nécessaire d'élaborer une méthode d'enquête et de restitution commune à tous les participants. Une grille de questionnement (voir annexe 1) a été établie, davantage comme support permettant à l'enquêteur de s'assurer qu'il a investigué les points d'intérêt pour l'enquête que comme guide d'entretien. En effet, la qualité de l'entretien reposant sur le sentiment de liberté ressenti par l'interviewé pour exprimer sa pensée et ses sentiments, il aurait été faux d'imposer à chaque entretien une progression unilinéaire et identique en toute situation. Les séances préparatoires ont précisément servi à attirer l'attention des enquêteurs sur leur responsabilité à être attentifs au cheminement de leur interlocuteur, sans perdre de vue le fil rouge de l'entretien.

#### **1.5.4 L'enquête en duo : difficultés et modalités**

L'essentiel de la démarche heuristique sur laquelle a été construite cette enquête repose sur le moment de la rencontre avec le RA, d'où l'attention portée à sa préparation ainsi que décrit ci-dessus. Un bon entretien est celui où enquêteur et enquêté ont le sentiment d'être parvenus à faire entendre à l'autre l'essentiel de ses préoccupations. Il est espéré que l'enquêté en ressorte avec la sensation d'avoir pu livrer des éléments qui lui sont essentiels concernant son mal-être, identifié par le biais de sa consultation du réseau de santé ; tandis que cet échange doit permettre à l'enquêteur de percevoir à partir d'un récit particulier ce qui influence la mauvaise santé de son interlocuteur et ce qui lui apparaît comme aidant pour la recouvrir. Le rôle pivot du médiateur culturel pour parvenir à ce degré d'intercompréhension a été décrit ci-dessus.

Compte tenu de la situation fluctuante de bon nombre de RA, il n'était pas envisagé de pouvoir répéter les rencontres avec la même personne. Chaque entretien était une occasion unique d'accéder à une expérience particulière. C'est pourquoi le maximum d'attention a été apportée à la préparation des entretiens et à ses modalités. Il a été demandé aux duos médiateurs culturels et enquêteurs d'accorder leurs connaissances avant chaque entretien au sujet du contexte d'origine de la personne qui allait être rencontrée, des problématiques sociopolitiques particulières à ce contexte et des conditions dans lesquelles celui-ci allait se

dérouler. Le choix du lieu de l'entretien était laissé au RA dans un souci d'éviter de mettre la personne mal à l'aise en la conviant dans un lieu associé au monde institutionnel contraignant propre à son statut ou en lui demandant de s'exprimer à portée d'oreilles non désirées. C'est ainsi que la plupart des RA nous ont invités à leur domicile, à l'exception générale des hommes habitant en centre d'hébergement et devant partager leur chambre avec plusieurs résidants. Considérant les sensibilités culturelles de genre, spécialement lorsqu'il s'agit de converser sur des thématiques touchant à l'intimité, nous nous sommes efforcés d'accorder la composition des équipes d'enquêteurs-médiateurs culturels au sexe de l'interlocuteur. La dominante féminine parmi les enquêtrices a pu être contrebalancée par un recrutement de médiateurs masculins. Toujours dans un souci de ménager les sensibilités par rapport aux enquêtes de type policier auxquelles sont soumis les RA, nous avons d'emblée renoncé à enregistrer les entretiens. L'écoute des enquêteurs et la prise de note étaient donc essentielles pour le suivi de ce travail.

Nous n'avions aucun doute sur le fait que, pour certains RA, l'invitation que nous leur faisons de nous faire le récit de leur parcours migratoire et de leurs problèmes de santé pouvait apparaître comme une occasion d'influencer le processus d'attribution du permis de résidence en Suisse. L'attention de tous les enquêteurs et médiateurs culturels ayant participé à cette enquête a été attirée sur ce risque. Afin d'éviter de susciter de faux espoirs chez les uns et de mettre les autres en situation inconfortable, tous ont été attentifs à préciser d'emblée leur rôle et objectif poursuivi dans ces entretiens. Il en allait du degré de profondeur que pouvaient atteindre ces échanges qu'il soit clair pour les RA que leurs propos n'auraient aucune incidence – ni négative, ni positive – sur le processus d'admission à l'asile. Ces précautions nécessaires ne sont toutefois jamais – et ne l'ont pas été – un rempart étanche aux conséquences relationnelles qu'entament les liens établis au cours d'une enquête. Le hasard de certaines rencontres peut confronter des informateurs qui perçoivent chez leurs locuteurs une écoute réceptive à leur vécu et deviennent de ce fait particulièrement demandeurs de relations humaines, à des enquêteurs sensibilisés au vécu de leurs locuteurs en raison de son attitude, de leur identification à la personne ou autre raison intime et spontanée qui contribue à créer de la solidarité humaine. C'est là un « produit dérivé » de la dynamique engagée par l'enquête qualitative, avec ses avantages et inconvénients.

Le travail de restitution des entretiens au groupe de pilotage de la recherche incombait aux enquêteurs. Un canevas d'entretien leur a été remis, les engageant à réorganiser les informations recueillies en fonction des différents points retenus. En cas de doute sur l'interprétation à donner à certains éléments évoqués au cours de l'entretien, l'enquêteur avait loisir de vérifier sa compréhension auprès du médiateur culturel qui l'avait assisté dans cet entretien. Un total de dix heures de travail a été prévu pour chaque entretien, comprenant la concertation préalable avec le médiateur, l'entretien proprement dit (une moyenne d'une heure et demi) et la restitution écrite.



**2. Savoirs et pratiques infirmiers dans le cadre du réseau FARMED**



Dans cette étude, nous avons cherché à mettre en évidence les représentations que les infirmiers avaient de leurs pratiques professionnelles ainsi que de la santé communautaire et comment ils les traduisaient dans leurs expériences professionnelles avec les RA.

## **2.1 Le cadre institutionnel**

### **2.1.1 Motivations des infirmières à travailler au SSIRA**

La première question posée aux professionnels concerne leurs motivations à travailler au SSIRA. Elles sont de deux ordres :

1. Les motivations interculturelles : les infirmiers expriment le souhait d'être en situation avec l'altérité et ainsi de réaliser un idéal de solidarité.
2. Les motivations professionnelles : ce qui intéresse ici les infirmiers, c'est le contenu de l'intervention professionnelle, à savoir une prise en charge globale des situations, une marge de manœuvre dans leur activité professionnelle ainsi que la possibilité d'acquérir de nouveaux savoirs, mais aussi de nouvelles compétences.

L'analyse permet de dégager que les infirmiers ne travaillent pas au SSIRA par hasard sans motivations précises. Ils y sont pour faire converger leurs intérêts personnels et professionnels en se confrontant aux problèmes parfois inextricables des requérants.

#### ***Motivations personnelles***

Les raisons de cet intérêt marqué pour l'interculturalité sont très diversifiées, même si tous recherchent au SSIRA une plate-forme d'échanges entre soi et l'autre dans son altérité. Pour certains qui n'ont jamais vécu à l'étranger, il s'agit de diversifier leur quotidien et leurs référentiels culturels, en évitant de s'enfermer dans un monde trop étroit. Voilà comment une infirmière nous l'a évoqué :

Etre en contact avec des personnes de cultures différentes, de contextes différents, d'âges différents... ces différences, ça vous enrichit... ça vous donne l'occasion de rencontrer des gens qui ont des points de vue différents du vôtre et des valeurs différentes, mais aussi intéressantes que les vôtres.

Pour d'autres qui ont vécu à l'étranger soit durant leur enfance, soit pour exercer une activité professionnelle, il s'agit d'assurer une continuité entre leur passé et leur présent. Ayant pris goût à l'altérité, ils ne peuvent se résoudre à renoncer à partager le quotidien avec ces populations.

Pour d'autres encore qui ont choisi de rester en Suisse pour des raisons familiales (conjoint qui ne veut pas quitter la Suisse ou naissance d'un enfant), il s'agit de trouver un compromis entre leur désir de partir non réalisé et leur vie en Suisse. Le SSIRA représente « un tremplin avant de partir dans le Tiers-Monde », une sorte de préparation qui leur permet de ne pas se priver d'une expérience qui leur tient à cœur. Un infirmier l'exprime comme suit :

Le SSIRA, c'est un passage entre la Suisse et le futur départ pour le Tiers-Monde. Le travail au SSIRA, c'est en quelque sorte une bonne préparation pour la suite où il sera confronté à des

situations où il devra soigner des gens sans avoir forcément de médecin tout près pour résoudre des problèmes.

Pour certains infirmiers, l'interface avec les requérants a aussi une dimension plus collective et socio-politique. C'est l'opportunité, au travers des récits de vie des requérants, de se sentir en prise avec le monde dans sa diversité et sa globalité tel cet avis :

Le contact avec les requérants, c'est une ouverture sur le monde, elle (l'infirmière) remet ainsi à jour ses connaissances géopolitiques. Grâce aux requérants, elle se sent plus intégrée dans le monde et dans ce qui se passe ailleurs, elle a davantage le sentiment d'être une citoyenne du monde et de participer à ce qui se passe dans le monde.

En résumé, travailler avec des gens de cultures différentes est l'occasion de réaliser un idéal de solidarité, mais aussi une opportunité d'un enrichissement personnel. L'altérité représente une complexité qui exerce une attractivité supplémentaire.

### ***Motivations professionnelles***

Les motivations professionnelles des infirmiers à travailler au SSIRA et à y poursuivre leur activité sont en lien avec le contenu de l'intervention professionnelle et s'inscrivent souvent en opposition avec leur expérience du milieu hospitalier. A la différence des motivations personnelles, elles sont très hétérogènes et se déclinent en trois catégories :

- Une marge de manœuvre plus grande qu'en milieu hospitalier ou, de manière plus générale, que dans les milieux de soins,
- Une opportunité d'acquérir de nouveaux savoirs et compétences,
- Une prise en charge des situations dans une perspective bio-psycho-sociale.

Pour certains infirmiers, disposer d'une marge de manœuvre plus grande, c'est en quelque sorte échapper au monde hospitalier et à son fonctionnement hiérarchisé. Travailler au SSIRA permet un élargissement du pouvoir de décision, ce qui est dû, disent les infirmiers à la population marginalisée qu'ils desservent. Une infirmière s'exprime ainsi :

Les prestations aux marginaux offrent un pouvoir de décision plus large, plus étendu...

Une marge de manœuvre même dans un cadre très circonscrit « évite l'épuisement », dit un infirmier et permet de prendre de la distance par rapport aux médecins. Le niveau de décision attendu ou voulu par les infirmiers varie beaucoup d'une personne à l'autre.

La marge de manœuvre permet aux professionnels du SSIRA d'être créatifs, de mettre l'accent sur des objectifs qui leur sont propres, telle cette infirmière qui dit pouvoir :

Réaliser des objectifs professionnels qui lui sont chers comme de promouvoir l'indépendance et l'autonomie des gens, ce qui ne pouvait se faire dans le milieu hospitalier qu'elle a connu durant sa formation et qu'elle a peu apprécié.

Pour les professionnels qui ont eu d'importantes responsabilités dans le Tiers-Monde, le SSIRA représente un moindre mal : leur marge de manœuvre n'est pas aussi grande que celle qu'ils ont eue à l'étranger, mais plus grande que celle qu'ils auraient dans un autre milieu de

soins en Suisse. Au SSIRA, ils se sentent moins rivaux à un rôle d'exécutant. Une des infirmières l'exprime ainsi :

Par rapport au CICR, on manque de liberté d'action, on n'a plus la liberté d'élaborer et de mener des projets, mais la liberté est tout de même plus grande qu'à l'hôpital où le principal de l'activité est défini à l'avance.

Pour une partie du personnel, l'intérêt principal du SSIRA est formatif. Ce qui motive, c'est d'apprendre de nouveaux savoirs et de nouvelles compétences dans des domaines variés. Cet apprentissage s'inscrit parfois dans un projet commencé ailleurs et avant l'engagement au SSIRA, comme cet infirmier qui dit :

Je continue un projet de formation que j'avais commencé à l'école d'infirmières et qui consiste à travailler avec des populations exclues.

Pour bien des infirmiers, le SSIRA leur offre la possibilité de prendre en charge les patients dans un cadre bio-psycho-social et culturel, qui, à leurs yeux, représente un plus par rapport à l'hôpital dont ils disent que l'approche est surtout biomédicale. Ces infirmiers apprécient le temps relationnel que l'institution leur reconnaît tout en craignant que ce ne soit plus le cas à l'avenir.

Quelques professionnels apprécient le SSIRA parce qu'il est possible de privilégier les stratégies de négociation entre soignants et soignés et qu'ils ne sont pas comme à l'hôpital obligés d'imposer les choix des professionnels aux patients. Voilà ce qu'en dit quelqu'un :

Il n'est pas nécessaire comme à l'hôpital d'imposer des mesures thérapeutiques. L'appartenance culturelle du requérant et ses spécificités sont plus faciles à prendre en compte qu'à l'hôpital où prendre en compte la dimension culturelle ne représente qu'une charge de travail supplémentaire...

ou encore :

On est davantage là pour accompagner le patient dans sa démarche de soins, pour l'amener à se soigner tout en le respectant.

En résumé, le SSIRA représente, pour ses membres, une interface avec l'altérité et une opportunité de concrétiser un idéal de solidarité, motivation qui est souvent première. Ces motivations interculturelles s'accompagnent souvent de motivations professionnelles dont l'apparition peut aussi être indépendante des motivations interculturelles. Ce que les infirmiers cherchent alors, c'est un espace de liberté qui leur permette de donner à leur activité professionnelle des contenus qui leur conviennent et une place différente au RA que celle donnée au patient dans une structure hospitalière. Au SSIRA, le requérant est davantage considéré comme sujet que comme objet de soins et la demande psychosociale a plus de place pour s'exprimer et être traitée. Quant aux infirmiers, leur rôle autonome prend le pas sur le rôle délégué, ce qui est souvent l'origine de l'attractivité des postes du SSIRA.

### **2.1.2 Perception des infirmiers de leurs différentes appartenances institutionnelles (FAREAS / PMU)**

Le SSIRA a changé plusieurs fois d'appartenance institutionnelle. Entre 1994 et 1995, il dépendait de la Croix-Rouge (CR), ce dont les plus anciens se souviennent, puis de la FAREAS entre 1995 et 2002<sup>16</sup> et enfin de la PMU depuis le 1.1.2002. Ce dernier changement, comme nous l'avons vu précédemment, n'avait pas encore produit ses effets sur les pratiques infirmières au moment des entretiens, d'où la difficulté de plusieurs professionnels à émettre une opinion sur leur nouvelle appartenance institutionnelle. Trois infirmiers travaillant depuis peu au SSIRA ont d'ailleurs refusé de donner leur avis à ce sujet.

Séparer ce qui est de l'ordre de la santé et du social dans la prise en charge des requérants revient à privilégier des proximités différentes. Du temps de la FAREAS, c'était la proximité des populations desservies et la continuité des soins qui étaient privilégiées, tous deux prenant en charge les mêmes RA, les uns sur le plan social, les autres sur le plan de la santé. Il existait donc une forme de complémentarité des interventions. Aujourd'hui, le SSIRA partage avec la PMU une proximité du champ d'intervention, celui de la santé, mais, pour certains, aussi une proximité de populations, à savoir les populations défavorisées. Une des infirmières l'exprime ainsi :

A la FAREAS, on partageait une préoccupation plus commune, celle des requérants et de leurs problèmes quotidiens alors qu'avec la PMU, on partage davantage sur le plan de la santé. A la FAREAS, c'étaient les requérants d'abord et la santé ensuite. A la PMU, c'est la santé d'abord et les requérants ensuite.

Pour certains infirmiers, la distance qui existe aujourd'hui avec les acteurs du social rend la prise en charge moins interdisciplinaire et plus morcelée. Tout un pan de la vie des requérants leur échappe, ils ont perdu une mine d'informations sur la quotidienneté des patients et sur leurs problèmes sociaux. Par contre, la séparation des domaines de la santé et du social a permis de délimiter plus précisément les frontières entre les champs de la santé et du social.

D'autres, au contraire, affirment que le changement d'appartenance institutionnelle n'a rien changé à la qualité et à la fréquence de leurs échanges avec leurs collègues de la FAREAS. Les partisans de cette thèse sont plus souvent des infirmiers travaillant depuis longtemps au SSIRA et/ou qui partagent des locaux proches ou communs avec la FAREAS comme dans les régions périphériques de Clarens et d'Yverdon. Une infirmière en parle ainsi :

Le SSIRA n'a rien perdu puisque les assistants sociaux avec lesquels l'infirmière travaille sont dans le même bâtiment qu'elle et qu'elle peut toujours collaborer avec eux.

Pour la moitié des infirmiers, le changement d'appartenance institutionnelle leur semble être arrivé à point nommé, la FAREAS étant en perte de vitesse et donc de crédibilité. Avec les restrictions financières successives qui lui ont été imposées par le politique, ses activités s'en sont trouvées affectées et leur performance diminuée. Ceci est encore confirmé par la remarque d'un soignant :

---

<sup>16</sup>Un service de santé indépendant du secteur social a été créé par la FAREAS en novembre 1995.

La politique de la PMU est davantage tournée vers la prise en charge des populations défavorisées que la FAREAS qui a perdu cette vocation au vu des restrictions budgétaires auxquelles elle est soumise et qui ne peut plus qu'avoir une politique de survie.

La plupart des infirmiers se réjouissent du changement et se félicitent du nouveau statut introduit par la PMU par rapport à la FAREAS. La PMU a une double légitimité, universitaire et médicale : sa place dans la hiérarchie des savoirs et des pratiques lui donne une crédibilité sur la place publique à laquelle la FAREAS, en tant que telle, ne pouvait prétendre. Celle-ci rejaillit sur le SSIRA dont les activités sont davantage prises au sérieux. Une infirmière l'exprime ainsi :

C'est intéressant de dépendre de la PMU parce que notre domaine d'intervention, la santé et la santé des marginaux est le même. Il est plus facile de se comprendre qu'avec la FAREAS. Il est aussi plus facile de dénoncer les failles du système quand on est PMU que quand on est FAREAS, on est mieux entendu.

L'image de la PMU sur la place publique a frappé les esprits et plusieurs infirmiers ont relevé la rapidité avec laquelle cette institution avait obtenu le déménagement des patients atteints de tuberculose des abris PC vers d'autres lieux d'hébergement. En effet, les infirmiers avaient tenté à plusieurs reprises de plaider pour ce genre de mesure, mais sans succès.

Dépendre d'une institution universitaire est une garantie de qualité à différents niveaux : une attention particulière de la part de la PMU est accordée à la qualité des prestations infirmières, s'ensuit un souci pour l'actualisation de leurs connaissances et de leurs compétences. Les infirmiers redoutent cependant une trop grande standardisation de leurs activités qui ferait alors fi de la singularité des requérants.

La PMU est un système très hiérarchisé, les prestations risquent d'être uniformisées et d'être alignées sur le modèle de la PMU, ce qui réduit la place donnée aux problématiques spécifiques des requérants.

Néanmoins, la proximité du champ d'intervention qu'est la santé facilite les interactions des infirmiers avec leurs chefs puisque ceux-ci ont les mêmes cadres de référence théoriques, ce qui réduit les sources d'incompréhension. Plusieurs infirmiers nous ont en effet exprimé leur lassitude face à la FAREAS qui ne comprenait pas les raisons médicales et épidémiologiques qui les faisaient agir.

Ce qui surprend, c'est que les infirmiers n'aient fait aucune allusion à la santé communautaire comme bénéfice de leur appartenance à la PMU, pourtant cette institution s'inscrit dans un département de médecine et de santé communautaire (DUMSC). Les seules mentions de la santé communautaire ont rapport avec la formation qu'il faudrait acquérir dans ce domaine.

Les répercussions du changement d'appartenance institutionnelle, hormis la prise de distance avec la dimension sociale des problématiques des requérants, étaient, aux yeux de nombreux infirmiers, encore peu perceptibles. Ce sont les actes et non les déclarations d'intention qui feront dire au personnel du SSIRA de quelle institution ils souhaiteraient dépendre en fin de compte et pour quelles raisons.

De notre point de vue, dépendre de la PMU, c'est surtout bénéficier d'une plus grande crédibilité, mais aussi d'une plus grande proximité de champ d'intervention et de référentiel de savoirs. Beaucoup d'infirmiers semblent apprécier la légitimité universitaire et médicale de la PMU et, de ce fait, l'aisance avec laquelle la PMU obtient des changements que le personnel du SSIRA avait vainement tenté d'obtenir du temps de la FAREAS. Par contre, ils se montrent réservés à l'égard de certaines méthodes gestionnaires qui pourraient leur être appliquées telle que la standardisation des interventions. Si la standardisation de certaines évaluations de la dimension biologique des problèmes peut faciliter le travail, celle de la dimension psycho-sociale est beaucoup plus problématique, quant à la dimension culturelle, elle semble irréaliste au vu de l'hétérogénéité des lieux d'origine des requérants. En effet, un trop grand souci de standardisation des interventions infirmières pourrait privilégier la prise en charge somatique de la maladie au détriment d'une prise en charge psycho-sociale qui correspond à l'essentiel de la demande des requérants.

Quant aux avantages liés à la proximité médicale du champ d'intervention et de la population défavorisée, ils devraient faciliter la coordination des prises en charge des requérants dans le domaine de la santé et l'actualisation des compétences du personnel du SSIRA, mais aussi une meilleure compréhension des enjeux. Mais, au moment des interviews, le changement d'appartenance institutionnelle n'avait pas encore produit ses effets. Une réorganisation était cependant en cours, qui permettait seulement aux infirmiers d'exprimer des avantages et inconvénients présumés.

### **2.1.3 Pratiques infirmières au sein du réseau FARMED**

#### ***La gestion des contraintes financières : avantages et inconvénients du gatekeeping***

##### Contraintes financières

C'est de manière diverse que les infirmiers ressentent les compressions budgétaires. Nous les avons regroupées en trois tendances différentes :

- elles sont sans répercussion sur la qualité des soins ;
- elles ont des incidences sur la qualité des soins et sur la nature des interventions ;
- elles dépassent les conséquences sur les strictes prestations.

##### *2.1.3.1 Compressions budgétaires sans répercussion sur la qualité des soins*

Pour certains infirmiers, le SSIRA ne leur paraît pas être un secteur spécialement visé par les contraintes financières. S'ils admettent que les ressources diminuent un peu, ils se contentent de ce qui est, ils s'en accommodent, improvisent ou « bricolent » des solutions qui préservent leur idéal humanitaire, tel cet infirmier :

On ne ressent pas les contraintes budgétaires. On fait avec ce qu'on a. On s'adapte aux limitations sans trop de difficultés. On vit assez bien à l'intérieur des contraintes pour autant qu'on puisse réaliser ses convictions profondes, ses valeurs en respectant autrui.

D'autres infirmiers se plaignent surtout des répercussions des contraintes budgétaires sur leurs conditions de travail et plus particulièrement sur les compressions de personnel, cette infirmière en fait part ainsi :



On est actuellement en sous-dotation de personnel alors qu'on a beaucoup de patients. La charge de travail est lourde et parfois, c'est difficile d'absorber les situations de crise et il y en a beaucoup à l'heure actuelle.

C'est moins de la suppression de postes dont se plaignent ces infirmiers que de la stagnation des postes au vu de l'augmentation du nombre de requérants et de patients. La surcharge de travail qui s'ensuit dépend du centre, certains centres semblant plus surchargés que d'autres.

Pour ces professionnels, c'est un peu comme si les contraintes financières n'avaient que peu d'impact sur la qualité des prestations offertes et que l'ingéniosité personnelle suffisait à pallier les contraintes financières. Les compressions budgétaires, au moment de l'enquête, ne faisaient pas partie des préoccupations majeures du personnel du SSIRA.

#### *2.1.3.2 Incidences sur la qualité des soins et la nature des interventions*

La permanence, caractérisée par des consultations de courte durée, tend à être le cœur de leur activité au détriment des consultations longues. Cette modification dans l'organisation des soins signe, aux dires des infirmiers, la moindre place accordée à la prise en charge biopsychosociale au profit d'une prise en charge plus biologique des problèmes. La qualité des soins risque de s'en ressentir : les analyses de situation deviennent alors superficielles, les demandes sous-jacentes, le plus souvent psychosociales, ne parviennent plus à être décodées. Voilà ce qu'en disent deux infirmiers :

Ce système se centre principalement sur la maladie organique et biologique et peu sur les autres dimensions de la santé.

Ou encore :

Il (ce système) empêche de faire de la prévention et de l'éducation à la santé.

Pour certains infirmiers, travaillant généralement depuis longtemps au SSIRA, la compression des coûts restreint d'autres pans de leur champ d'intervention : la prévention, l'information, l'éducation aux patients et l'accompagnement des requérants qui souffrent sur le plan psychique.

En voilà une des expressions par la voix d'une infirmière :

Tout est discuté non pas en fonction des besoins du requérant, mais du coût qu'ils représentent. N'est accessible au requérant que ce qui ne coûte pas cher.

Les compressions budgétaires amenuisent la qualité, mais aussi limitent l'étendue du champ d'intervention des infirmiers.

#### *2.1.3.3 Conséquences au-delà des strictes prestations de soins*

Si les répercussions des contraintes budgétaires touchent les prestations de soins, elles ont aussi des conséquences sur des domaines annexes des prestations de soins. A Leysin ou Moudon par exemple, seul un système de premier recours (infirmiers et médecins généralistes) existe sur place et les requérants sont contraints de se déplacer pour se rendre

dans un lieu où existent des soins de deuxième ligne. Or, les infirmiers se plaignent de la trop grande parcimonie de la distribution de billets de train ou de bus aux requérants.

Le système de traduction a lui aussi été touché par les contraintes budgétaires et diminue, aux dires des professionnels, la qualité de leurs prestations. La gestion centralisée des traducteurs les oblige à parcourir le canton d'un coin à l'autre à grands frais, ce qui accroît leur fatigue. Leur rétribution a été diminuée et les exigences à l'égard de leurs performances sont devenues moindres : ils maîtrisent moins bien le français, ils connaissent moins bien le fonctionnement du SSIRA et du système de santé suisse et comprennent moins bien la logique de soins qui y prévaut.

N'étant plus rattachés à un centre en particulier, il devient difficile d'avoir des traducteurs capables en même temps de jouer en même temps le rôle de médiateurs et passeurs culturels et de traducteurs. Les incompréhensions qui résultent de ce changement de système sont ressenties comme un handicap majeur dans le développement d'univers de signification partagé entre requérants et professionnels. Un des infirmiers nous en parle ainsi :

L'accès aux médiateurs culturels a été restreint. Pourtant, leur connaissance de la langue et de la culture du requérant, mais aussi du système de santé CH étaient un atout pour faciliter la compréhension entre soignants et soignés.

Si certains soignants sont critiques face à ce changement, d'autres sont plutôt satisfaits et apprécient surtout d'être déchargés de l'organisation fastidieuse et coûteuse en temps de ces rendez-vous.

Si les compressions financières ont des effets sur les domaines connexes des prestations de service, elles contribuent cependant à aggraver encore la qualité des soins. Elles ont cependant aussi des effets qui peuvent être ressentis comme positifs par les infirmiers qui se voient ainsi déchargés de certaines tâches fastidieuses.

Pour nous, la compression des coûts fait l'objet d'une bipolarisation entre ceux qui en ressentent peu les effets sur les pratiques infirmières et ceux qui les ressentent fortement. Les contraintes budgétaires s'exercent principalement sur les interventions qui sont difficiles à comptabiliser et à rentabiliser et dont le remboursement par les assurances-maladie est incertain. L'accroissement sensible des durées de permanence objective cette perception aux yeux des infirmiers. Cette compression peut aussi s'étendre à tous les domaines de la prise en charge et donner l'impression parfois que la rationalité économique l'emporte sur toute autre considération.

Dans ce contexte, le gatekeeping apparaît comme le moyen privilégié de réduire les coûts et représente une manière socialement acceptable de le faire. En couvrant les besoins essentiels de santé des RA, il préserve, aux yeux de l'opinion publique, la justice sociale et la mission humanitaire que la Suisse prétend jouer.

L'enquête auprès des soignants permet d'affiner l'analyse de ce « moyen privilégié ».

#### Le modèle du gatekeeping présente des avantages et des inconvénients

Parler du gatekeeping, c'est principalement évoquer ses avantages et ses inconvénients, chaque infirmier mettant en avant un ou plusieurs d'entre eux. Il existe un consensus pour

reconnaître au SSIRA son rôle d'instance de premier recours qui ne fait, dit le personnel du SSIRA, l'objet d'aucune contestation de la part des acteurs du réseau.

Le principal avantage du gatekeeping, en dehors de la limitation des coûts, réside dans sa fonction de guidance qui, pour certains professionnels, doit mener à l'autonomisation du patient, ce qui, pour d'autres, n'est qu'un discours et non une réalité. Ses principaux inconvénients, par contre, sont sa lourdeur administrative et le risque d'une médecine à deux vitesses.

Le gatekeeping consiste à orienter le requérant qui arrive en Suisse vers les ressources appropriées du système en fonction de ses problèmes de santé. L'infirmier devient alors un référent pour le patient, il le rassure, ce qui ne sera plus le cas quand le requérant aura passé un certain temps en Suisse. Un infirmier explicite la fonction de guidance comme suit :

L'infirmier de référence est un guide, un point d'ancrage, une personne fixe, à l'instar d'un médecin généraliste.

Cette fonction de guidance n'est pas destinée à durer, mais petit à petit, le requérant doit s'acheminer vers l'autonomie qui lui permettra de s'orienter seul dans le système de santé si bien que certains professionnels développent des stratégies d'apprentissage pour que le requérant parvienne à repérer les différentes instances du système de santé et leurs modalités de prise en charge. Une infirmière l'explique comme suit :

Il faut pousser les requérants à faire les choses eux-mêmes, à prendre eux-mêmes les rendez-vous chez le MPR,... Le but est que le requérant apprenne à se débrouiller seul dans le système de santé.

Par contre, pour d'autres infirmiers, l'objectif pédagogique d'autonomisation du patient est davantage un discours qu'une pratique. La participation des patients aux soins, par exemple, est laissée au libre arbitre de chacun. L'opérationnalisation de ce discours fait partie de l'impensé du SSIRA.

Pourquoi les requérants n'auraient-ils droit qu'à une prise en charge biologique de leurs problèmes de santé et non à une réponse en fonction de la nature de leurs problèmes comme d'ailleurs le reste de la population ? En effet, disent certains infirmiers, c'est là que réside un des principaux écueils du gatekeeping.

L'autre écueil est la moindre accessibilité des requérants au système médical lui-même : quelques infirmiers estiment qu'un patient qui n'accorde aucune légitimité à leur profession devrait pouvoir consulter un médecin sans autre forme de procès. Pour ces infirmiers, la moindre légitimité de leur profession est un donné social qu'ils acceptent comme tel et contre lequel ils ne pensent pas pouvoir agir.

De plus, tout patient qui en fait la demande explicite devrait pouvoir consulter un médecin plutôt qu'une infirmière. Ce n'est pas la qualité de leurs prestations que ces infirmiers questionnent, mais bien l'égalité de traitement entre requérants et tout autre citoyen suisse ou étranger résidant sur le sol de la Confédération. Ils souhaitent que les requérants qui en font la demande puissent bénéficier de la même accessibilité au médecin.

L'inconvénient le plus fréquemment évoqué du gatekeeping est sa lourdeur et sa rigidité administratives pour les requérants installés en Suisse depuis un certain temps : l'obligation pour tout requérant de passer par le SSIRA pour obtenir un bon l'autorisant à consulter un médecin et lui permettant d'obtenir le remboursement de ses frais paraît aberrant et s'apparente, dit le personnel, à la bureaucratisation. De surcroît, cette formalité est ressentie par ces infirmiers comme une forme de dévalorisation de leurs compétences.

Le double gatekeeping qui oblige les requérants à passer par le MPR avant de pouvoir consulter un psychiatre semble souvent inadéquat aux yeux des infirmiers qui constatent que bon nombre de généralistes ne sont pas plus compétents qu'eux dans le domaine de la santé mentale.

Entre guidance et autonomisation, les infirmiers se situent dans une continuité ou dans une ambiguïté. La continuité domine le tableau quand la guidance est pensée comme première étape de la prise en charge en Suisse et l'autonomisation comme la deuxième étape. Il y a cependant ambiguïté quand l'autonomisation est avant tout un discours et que les étapes pour passer de la guidance du requérant, de son encadrement à son autonomisation sont insuffisamment formalisées, pensées.

Notre analyse de cette situation est la suivante : pour beaucoup d'infirmiers, le SSIRA est une instance pédagogique dont la mission première est de faciliter l'apprentissage par les requérants des modalités de fonctionnement du système de santé vaudois le temps qu'ils s'acclimatent à celui-ci. En effet, les requérants apprennent, grâce au SSIRA, à repérer les différentes instances du système de santé et leur fonctionnement. Ils apprennent aussi à se soigner selon les principes thérapeutiques dont chacun en Suisse dispose dans sa pharmacie de ménage. La mission d'instance de premier recours du SSIRA est donc ponctuelle. Elle dure le temps qu'il faut à un requérant pour s'orienter seul dans le système de santé. C'est à ce prix d'ailleurs que l'égalité des traitements entre requérants et Suisses sera préservée, ce qui correspond à une des valeurs fortes de cette profession.

### ***Coopération interprofessionnelle et coordination interinstitutionnelle***

Pour la plupart des infirmiers, la coopération au sein du réseau est insatisfaisante et difficile. La communication entre les acteurs du réseau leur paraît unilatérale : elle va des infirmiers aux médecins, la réciproque étant moins systématique. Elle consiste essentiellement en échanges d'informations dont la visée est la continuité des soins plutôt que la concertation ou la négociation en vue de la prise en charge de patients, ce que préféreraient les infirmiers. Par ailleurs, la coopération interprofessionnelle joue aussi un rôle formateur dont les professionnels ne voudraient pas se priver. Les médecins du réseau n'ayant pas été interrogés, nous ne rapportons ici que les perceptions des infirmiers sur la question.

Quant à la coopération interinstitutionnelle, elle n'est pratiquement pas évoquée par les infirmiers, elle ne semble pas très fréquente et en tout cas pas leur poser de problèmes particuliers, si ce n'est dans le domaine psychiatrique où les professionnels se plaignent d'un manque de ressources et d'une indisponibilité des centres psychosociaux ainsi que d'une surcharge chronique de l'association Appartenances qu'ils considèrent comme l'institution la plus à même de répondre aux besoins des RA.

### La fiche de liaison : un révélateur

L'échange d'informations est oral, mais aussi écrit. La fiche de liaison représente le principal vecteur de la transmission écrite d'informations et c'est d'elle que les infirmiers nous ont surtout entretenue. Elle est le principal indicateur de la qualité de la coopération interprofessionnelle.

Cette fiche, conçue pour accompagner le patient à l'intérieur du réseau, a été conçue pour faciliter les échanges d'informations entre les acteurs. Quand un infirmier envoie un patient chez un médecin du réseau, il lui transmet ses observations et ses questions au moyen de cette fiche. Celle-ci, selon la règle en vigueur, devrait être ensuite renvoyée par le médecin aux infirmiers avec des indications sur la nature de son intervention, sur le diagnostic du patient et le traitement préconisés.

La coopération entre médecins et infirmières au travers des fiches de liaison est d'abord de nature informative, même si les infirmiers les utilisent à des fins de formation. Le retour des fiches de liaison importe aux professionnels à deux titres : elles assurent la continuité des soins des requérants comme nous venons de le voir, mais elles jouent aussi un rôle formateur.

Or, dans la réalité, les infirmiers transmettent leurs informations aux médecins au moyen de cette fiche, mais la réciprocité est loin d'être la règle. Une part des infirmiers estime recevoir peu de fiches en retour, d'autres parlent d'un retour moyen, pour ces deux catégories de soignants, l'information et, de ce fait, la coopération interprofessionnelle sont insuffisantes. La dernière partie des infirmiers, le plus souvent des professionnels travaillant depuis plus de 4 ans au SSIRA, dit entretenir une bonne, voire excellente coopération avec les médecins tout en admettant qu'il faut les relancer (téléphones, fax...) régulièrement pour obtenir leur collaboration. Tous les anciens infirmiers ne se trouvent cependant pas dans ce groupe, certains se plaignant comme d'autres de la mauvaise coopération interprofessionnelle.

On peut dire que plusieurs infirmiers ressentent ce manque comme une forme de déconsidération des médecins à leur égard, telle cette infirmière qui nous dit :

Les MPR pourraient au moins donner un feed-back comme ils le feraient pour un collègue médecin.

Ne pas recevoir de feed-back des médecins équivaut à une discrimination des infirmières, disent certains professionnels. Pour éviter ce sentiment de discrimination, certains ont pris le parti de ne référer de patients qu'aux médecins qui leur donnent des feed-back. Dans l'ensemble, les médecins de la PMU, disent les infirmiers, renvoient plus souvent les fiches et sont plus rigoureux dans la manière de les remplir. Voilà ce que nous en a dit un infirmier :

Environ 60 % de fiches reviennent, mais il faut choisir les MPR qui renvoient des feed back. La PMU, elle, fait un effort particulier pour renvoyer les fiches.

Une partie du personnel du SSIRA souligne toutefois que les médecins installés ne sont pas payés pour remplir ces fiches, alors que le temps administratif fait partie des prestations des infirmiers qui, eux, sont salariés. On ne peut pas exclure, disent certains, qu'une partie des médecins, en ne retournant pas les fiches, manifestent leur mécontentement par rapport au non-remboursement de leur temps administratif.

Ces fiches permettent aux infirmiers d'évaluer la pertinence de leurs interventions et de leur capacité d'analyse et de pré-diagnostic des situations. Cette information a l'avantage d'être individualisée et situationnelle : elle évalue les compétences des infirmiers, à savoir leurs capacités à mettre en acte dans leurs pratiques, leurs savoirs, c'est pourquoi les professionnels sont si déçus quand le feed-back est laconique.

Dans les faits, elles favorisent la délégation entre professionnels, plus qu'elles n'encouragent les prises en charge en interdisciplinarité où chacun apporterait son propre savoir et échangerait ses informations sur le patient pour trouver ensemble la meilleure solution. Un infirmier nous a dit :

Tout le monde travaille dans son coin. Si tu ne prévois pas un rendez-vous comme on dit de réseau...

Nous pouvons affirmer ici que le modèle de la juxtaposition des services et des acteurs semble prévaloir sur celui de la coopération interprofessionnelle. Dans le système FARMED, la continuité des soins se réduit le plus souvent à une délégation pure et simple des prises en charge sans concertation entre les soignants et sans réelle coordination, ceci même si les politiques et les gestionnaires font de la coordination un de leurs leitmotivs. Les médecins semblent peu solliciter les infirmiers quand un requérant vient à leur consultation et renvoient peu de feed-back, que le patient retourne ou non au SSIRA. Beaucoup d'infirmiers interprètent ce manque de communication comme une dévalorisation de leurs pratiques ou comme une marque de désintérêt pour la population des requérants. De ce fait, la plupart d'entre eux ont sélectionné quelques MPR auxquels ils réfèrent surtout les requérants, la coopération étant un de leurs critères de choix. La PMU, ayant pris la mesure de cette juxtaposition, a décidé de rebaptiser la fiche de liaison en bon de délégation et a renoncé à émettre des règles de coopération.

Quand à la dévalorisation que certains infirmiers ressentent de la part de leurs collègues médecins à l'égard de leurs compétences, elle s'apparente probablement davantage à la moindre reconnaissance sociale dont jouit la profession d'infirmière par rapport à celle de médecin dans la société qu'à une volonté délibérée des MPR de faire fi des interventions infirmières. En effet, la juxtaposition, en milieu ambulatoire, n'existe pas seulement entre infirmiers et médecins, mais aussi entre les médecins eux-mêmes, preuve en sont toutes les nombreuses tentatives faites pour modifier ce mode d'organisation (HMO...) proposées aussi bien par les assureurs que par les politiques.

Pour finir, par rapport à l'appartenance FAREAS, l'on peut s'étonner que seule la continuité des soins ait été mise en avant comme perte. On aurait pu penser que ce service centré sur l'altérité aurait aussi pu être un stimulant pour la prise en charge interculturelle. Or, rien n'est dit par les infirmiers sur la perte que pourrait représenter le départ de la FAREAS. Différentes explications peuvent être avancées :

1. Du temps de la FAREAS, c'est la formation FARMED qui aide les professionnels à penser l'interculturalité et non l'institution FAREAS. Cette explication peut se tenir puisque la formation FARMED existe toujours dans la PMU.

2. Une autre hypothèse serait que les professionnels qui proviennent du secteur sanitaire et social peinent à penser l'interculturalité dans le domaine de leurs interventions et la logique de leur secteur d'intervention prend alors le pas sur l'interculturalité.

#### 2.1.4 Offre de formation

Nous avons demandé aux infirmiers quelle perception ils avaient de la formation continue qui leur était dispensée dans le cadre de leur activité professionnelle. Du point de vue structurel, cette offre de formation comporte deux volets :

1. Une formation dite SSIRA : les médecins de la PMU organisent des formations spécifiques destinée exclusivement aux infirmiers du SSIRA. Cette formation est centrée sur le diagnostic et le traitement d'affections bénignes et fréquemment rencontrées dans la population des requérants. Le savoir dispensé dans ce cadre repose sur l'épidémiologie où l'épistémologie fait de la causalité linéaire un de ses fondements, cette causalité étant ancrée sur la loi des probabilités. Si la force d'association entre variable dépendante et indépendante relativise le rapport de causalité qui existe, elle est avant tout l'apanage des chercheurs, les médecins praticiens étant davantage orientés vers l'attitude standard à adopter dans une situation déterminée. Les efforts de comparaison des résultats d'études a en effet progressivement amené la médecine à s'orienter vers des attitudes thérapeutiques standardisées dont l'ancrage est l'*Evidence Based Medicine* (EBM).

Les professionnels qui fondent leur pratique sur l'épidémiologie définissent leurs interventions en catégories dichotomiques de type « bon »/« mauvais », « juste »/« faux » et « efficace »/« inefficace ». A l'instar d'EBM, ils sont en mesure de développer des arbres de décision pour parvenir à un diagnostic et élaborer des protocoles d'intervention à privilégier.

2. Une formation FARMED : organisée par le groupe de formation continue du réseau qui rassemble la PMU, l'Hôpital de l'Enfance et le Service de santé pour requérants d'asile SSIRA/PMU en collaboration avec la polyclinique de gynécologie-obstétrique et l'association Appartenances. Cette formation se veut généraliste et interprofessionnelle dans la mesure où elle s'adresse aussi bien aux médecins qu'aux infirmières et réunit, de ce fait, au sein de mêmes groupes des professions par ailleurs fortement hiérarchisées.

Son objectif est de faire de l'articulation entre différents types de savoir, sciences humaines, gestion, ... le principal axe. Contrairement à la formation médicale, la causalité linéaire et l'explication ne sont pas prioritaires. Il existe une rupture épistémologique entre l'épidémiologie et les savoirs dispensés par la FARMED. Les sciences humaines privilégient une lecture de la réalité : il s'agit de se référer au principe de la causalité circulaire, de l'association entre les variables et l'approche interprétative et compréhensive. Autrement dit, c'est le sens des événements et des comportements qui fonde l'analyse des phénomènes. Il en est différemment dans le domaine de la gestion et plus particulièrement des réseaux où ce sont des principes organisateurs et des savoirs pratiques qui fondent la réflexion. Tous ces savoirs sont susceptibles d'offrir des clés d'analyse et des pistes de réflexion permettant de penser des solutions aux problématiques de santé, solutions dont l'application est toujours singulière. Ils ne produisent pas de standard et ne peuvent donc pas être traduits sous la forme de protocoles.

La formation FARMED se construit au fil des ans dans une continuité des concepts. Les principaux thèmes abordés tournent autour de quatre thématiques<sup>17</sup> :

- Une sensibilisation aux problématiques propres au réseau de santé FARMED,
- Une connaissance des affections somatiques et psychiques souvent rencontrées dans cette population,
- Une collaboration et une cohésion structurées entre les professionnels et les institutions impliquées dans le réseau afin de promouvoir une qualité de soins optimale,
- Les moyens d'opérer les changements d'attitude personnelle et de culture professionnelle par ce travail.

L'organisation de cette formation est à la fois centralisée et régionale, la formation régionale visant à répondre aux « problématiques du terrain et du travail en réseau par des Cercles de Qualités Réseaux ».

Idéalement, cette formation devrait permettre aux participants de se constituer un socle de savoirs afin de répondre à des situations de plus en plus complexes. La pédagogie développée ici s'inscrit dans une perspective constructiviste où l'apprenant est « un être actif et autonome, capable d'élaborer des questionnements, des analyses et des solutions ».

Qu'en est-il en fait de la perception des infirmiers et quelles appréciations ont-ils de cette double formation ?

Dans les entretiens, les infirmiers se sont exprimés de manière assez générale sur l'offre de formation. Leurs propos globaux nous ont obligés à leur faire préciser sans cesse de quelle formation ils parlaient. Ce niveau de généralité des réponses s'explique, entre autre, par le fait que cette question était la dernière de l'entretien. Dans les focus groupes, cette question a souvent été reprise sous différents angles.

La plupart des infirmiers sont relativement d'accord sur les appréciations suivantes qu'ils font de la formation continue :

- La formation médicale donnée par les médecins est bonne, elle est mieux structurée depuis que le SSIRA dépend de la PMU, elle est aussi mieux ciblée sur les problèmes spécifiquement infirmiers,
- La formation reçue dans le domaine psychologique et de celui de la précarité est insuffisante pour répondre aux problèmes des requérants,
- La formation FARMED est appréciée de manière très diverse : pour tous, elle est indispensable et permet de mieux comprendre les modes de vie d'autres cultures ainsi que de nombreux autres thèmes. Il lui est cependant souvent reproché d'être superficielle ou de l'ordre de la culture générale et peu pertinente pour l'intervention elle-même.

De notre point de vue, cette insatisfaction s'explique en partie par le fait que ces formations ne leur apportent pas les solutions standardisées ni des critères d'évaluation précis pour évaluer la pertinence de leurs interventions. Ils ne sont pas habitués à recevoir des savoirs

---

<sup>17</sup>Rossi Ilario. Formation continue. Des intervenants du réseau de santé FARMED : programme 2002-2003, aperçu des programmes 1998-2003. Rapport d'évaluation. Lausanne, août 2003.



permettant le questionnement qui leur donnent des pistes de réflexion. Ils sont plutôt à la recherche de solutions où il est facile d'identifier le juste du faux.

Les autres appréciations que les infirmiers font de la formation continue sont hétérogènes et portent sur des dimensions variées : certains évaluent leur degré ou sentiment de satisfaction (ou d'insatisfaction), d'autres le degré d'intérêt des savoirs enseignés indépendamment de l'application pratique qu'ils peuvent ou non en faire ou au contraire, d'autres encore les méthodes pédagogiques utilisées.

### Formation médicale de la PMU

La plupart des infirmiers apprécie la formation médicale que la PMU leur offre. Elle leur permet d'actualiser leurs savoirs et compétences. Cette formation est généralement reconnue comme pragmatique et facile à transférer dans une pratique professionnelle. Une infirmière l'exprime ainsi :

La formation médicale entraîne davantage de liens avec les médecins, elle amène un dynamisme universitaire, elle met l'accent sur la recherche et l'actualisation des connaissances.

Pour quelques infirmiers, l'utilité de cette formation est discutable au vu de la pauvreté des moyens diagnostiques et thérapeutiques mis à leur disposition. Devrait-elle être plus orientée sur la clinique ? Les médecins, trop habitués à disposer d'un arsenal diagnostique et thérapeutique sophistiqué, ont-ils des difficultés à mettre l'accent sur la clinique et l'observation ? Pour certains infirmiers, la formation médicale qui leur est donnée crée une ambiguïté, une infirmière l'a explicité comme suit dans un des groupes de discussion focalisée :

Dans ces cours qui nous sont donnés par les médecins, moi je trouve que très souvent c'est des cours qui pourraient être destinés à la profession médicale, or on n'est pas des médecins. On nous apporte de la théorie médicale qui est intéressante à entendre, etc. mais on n'en fait pas forcément quelque chose nous, c'est bien de l'entendre, mais après. Je pense que justement, encore une fois de plus on est un petit peu à cheval entre deux choses. On sent qu'on a un espèce de moteur derrière nous qui nous pousse à être soit des infirmiers très performants, mais avec un espèce de pied déjà sur la plate-bande médicale mais sans qu'on vous dise vous êtes médecin et on attend ça de vous.

Certains infirmiers ont de la difficulté à qualifier la différence entre leurs démarches d'intervention et celle des médecins ; paradoxalement, pour la plupart d'entre eux, c'est la gravité des affections qu'ils traitent et l'accessibilité aux méthodes diagnostiques et aux mesures thérapeutiques qui fait la différence.

Une personne se plaint du manque de formation à la relation d'aide dans le cadre de la PMU. Cependant, deux infirmières relèvent l'excellente qualité de l'encadrement psychologique offert par un médecin, ancien RA. Ce médecin donne aux infirmiers un feed-back très utile de leurs interventions dans le domaine de la relation et des attitudes à adopter. Il les aide à analyser les problèmes de santé des requérants et à mettre le doigt sur leurs capacités et leurs lacunes. Son vécu de requérant, puis de migrant est considéré comme un atout et facilite la compréhension des difficultés auxquelles les requérants sont confrontés. A notre avis, ces apports restent trop ponctuels pour permettre une réelle construction de compétences.

### Formation continue FARMED

Les infirmiers sont unanimes pour dire que la formation FARMED est indispensable, mais leurs appréciations sont extrêmement hétérogènes et souvent paradoxales. Pour certains infirmiers, les contenus sont trop superficiels, mais pour la plupart d'entre eux, ils sont de bonne, voire d'excellente qualité.

Les infirmiers qui se plaignent de la superficialité des contenus estiment que le savoir dispensé est de l'ordre de la vulgarisation et de la sensibilisation. Pour eux, ce savoir dispensé s'adresse à un public trop hétérogène et s'attache trop à montrer qu'il faut prendre en compte les différences entre les requérants et eux. Ils se plaignent aussi de redondances, particulièrement dans le domaine des réseaux. De fait, cette formation, de l'avis de certains, semble surtout adaptée au nouveau personnel et perd de son intérêt pour celui qui est au SSIRA depuis un certain temps.

Les infirmiers, pour qui la qualité du contenu est bonne à excellente, apprécient de « *découvrir les différences de modes de vie et de comportements* ». C'est sur l'opérationnalité de ces contenus dans la pratique professionnelle qu'ils sont partagés. Les uns estiment que les clés de lecture auxquelles ils accèdent leur permettent d'analyser les situations de leurs patients et de proposer des mesures thérapeutiques adéquates. Les autres ne voient pas comment utiliser ces savoirs au quotidien ; pour eux, ils ne sont pas en prise avec leur réalité professionnelle. Un infirmier l'explique tout en nuancant sa position :

La formation est trop centrée sur le fait qu'il y a des différences et cela, on le sait déjà, mais on aurait besoin de savoir pourquoi les autres fonctionnent autrement. C'est très intéressant d'apprendre comment les gens fonctionnent, quelles sont leurs normes sociales et culturelles, mais l'infirmier a besoin de savoir comment se comporter avec eux.

Ici, l'on retrouve d'une part la critique de la superficialité de l'enseignement et d'autre part celle de l'ambiguïté des professionnels face aux sciences humaines. En effet, ces dernières ne s'inscrivent pas dans une causalité linéaire et ne prescrivent pas des comportements, mais offrent des clés d'analyse pour faciliter les interactions et des pistes de réflexion pour penser les mesures thérapeutiques. Certains professionnels nous ont dit que cette formation apportait « plus de questions que de réponses ».

A cet égard, les appréciations sur un des cours proposés – celui d'éthique – sont éloquentes et révèlent les paradoxes de leur jugement. Les personnes s'accordent pour dire que le thème était pertinent, l'enseignant passionné et capable de captiver son auditoire. Mais certains de ces professionnels affirment que ce cours était de l'ordre de la culture générale et d'aucune aide pour résoudre les situations rencontrées au SSIRA. Voilà ce qu'en dit l'un d'entre eux :

La formation sur l'éthique était moins pertinente, mais tout de même intéressante. Il manquait des solutions applicables, ce qui était à la fois décevant parce qu'on ne peut pas être sûr de faire juste, mais à la fois rassurant parce qu'on ne peut pas faire tout juste ou tout faux. C'est un peu plus compliqué que ça.

Au niveau des méthodes pédagogiques, quelques personnes relèvent les bienfaits de l'interactivité de certains de ces cours, quelques-unes regrettent que l'interaction existe surtout entre les médecins et les enseignants et dans une moindre mesure avec les infirmiers.

L'interactivité de la formation FARMED ne facilite pas, de leur point de vue, la construction de solutions même si les méthodes pédagogiques développées ont été pensées dans ce sens, mais il est vrai que les infirmiers ont des difficultés à présenter des situations problématiques devant leurs collègues médecins, ce qui limite la portée des méthodes utilisées.

Quand les médecins ne sont pas trop nombreux, alors les infirmières osent poser des questions.

L'inégalité dans la légitimation des savoirs et des pratiques professionnelles semble être un obstacle à l'interaction en situation d'apprentissage, ceci au détriment des professionnels les moins légitimés, ici les infirmiers.

La co-construction de solutions pratiques et applicables à des situations spécifiques et l'évaluation en groupe de pairs de leur pertinence seraient peut-être des moyens pédagogiques à développer pour aider le personnel infirmier à concrétiser les apports qui leur sont faits.

L'attente implicite des infirmiers face à la formation est centrée sur la recherche de solutions directement applicables aux situations et pas seulement sur la recherche de pistes de réflexion permettant d'orienter le choix des solutions pratiques. L'évaluation à laquelle les gestionnaires soumettent leurs interventions quotidiennes porte davantage sur les tâches que sur les activités. La rationalisation de leurs interventions à laquelle ils sont encouragés va à l'encontre de la formation en sciences humaines puisqu'elle vise à standardiser et à mettre en protocoles leurs interventions. De ce fait, les professionnels sont placés dans un paradoxe entre des savoirs permettant la standardisation et des savoirs offrant des pistes de réflexion pour trouver des solutions qui restent singulières.

#### A l'avenir, une formation spécifique et diplômante

C'est principalement dans les focus groupes de deux centres que l'idée d'une formation spécifique, longue et diplômante a été développée. Les infirmiers de ces centres proposent une formation large, abordant toutes les facettes de la santé des migrants, des RA et de personnes au statut illégal. C'est à ce prix seulement, disent-ils, que l'on développera de réelles compétences pour soigner les requérants.

Une formation diplômante aurait de surcroît l'avantage de donner aux infirmiers une reconnaissance sociale et une légitimité qu'ils n'ont pas aujourd'hui. Il faut cependant rappeler que cette légitimité n'existe que si les directions des institutions valorisent la formation sur le plan financier ou confient de nouvelles responsabilités ou activités à ceux qui l'ont suivie.

Pour les professionnels du SSIRA, la formation a l'avantage d'organiser et de formaliser les savoirs, de les mettre en forme et de les inscrire dans des cadres de référence théoriques construits où les éléments ont un sens les uns par rapport aux autres, ce qui est l'inverse des formations continues où l'on passe d'un sujet à l'autre sans que les gens puissent forcément faire des liens. Un infirmier nous dit ceci :

La formation continue est comme un apport supplémentaire, c'est comme une connaissance sur quelque chose qu'on a déjà entendu,... mais pour moi c'est pas une formation vraiment. Parce que ces deux heures à cinq heures ici, pour moi c'est pas quelque chose de très formatif.

Il s'agirait en quelque sorte d'avoir une formation ciblée sur une population spécifique et non sur une maladie. Les infirmiers passeraient ainsi d'une formation continue basée, comme dit l'un d'entre eux, sur « l'information à une formation post-grade basée sur l'intégration de savoirs larges » et articulés entre eux, qu'ils pourraient mettre en acte dans une pratique professionnelle.

Ces infirmiers sont cependant très partagés sur la nécessité de cette formation : faut-il en faire une condition pour occuper un poste au SSIRA ou la proposer à bien plaisir ou au bon vouloir de chacun. Ils ne sont pas toujours certains d'avoir envie de renoncer à leur bon sens, à leur intuition, à leur feeling qui leur paraissent parfois plus performants que tout savoir scientifique construit.

A notre avis, il faut bien reconnaître que les infirmiers où qu'ils travaillent se plaignent d'un déficit de formation. Leur forte demande dans ce domaine ressemble souvent à la quête du Graal et à la recherche d'une légitimité sociale que la division du savoir et du travail dans le domaine de la santé peine à leur reconnaître. C'est un peu comme s'ils imaginaient qu'avec une formation supplémentaire, leur responsabilité dans les prises en charge allait s'en trouver renforcée et, du même coup, leur reconnaissance sociale.

### ***Une formation informelle : la supervision par les collègues et les MPR***

Les infirmiers recourent aussi à des modes de formation informels comme la supervision. Quand ils ne sont pas sûrs de leur diagnostic et moins souvent quand ils hésitent sur un traitement, ils prennent directement contact avec les médecins du réseau avec lesquels ils ont des affinités pour obtenir d'eux une supervision. La plupart du temps, ils ont sélectionné un à trois médecins installés pour obtenir cette supervision, telle cette infirmière qui nous dit :

Elle appelle de temps à autre certains MPR pour obtenir de la supervision... Elle appelle aussi les secrétaires des pédiatres pour leur demander que faire dans certaines situations.

Ce type de supervision est toujours hautement apprécié et reconnu comme particulièrement formateur. Certains infirmiers au SSIRA depuis peu longtemps ou peu sûrs d'eux, sont plus réticents à faire appel aux médecins pour obtenir une supervision, ils préfèrent passer d'abord par leurs collègues plus expérimentés, généralement ceux qui travaillent dans le même centre qu'eux.

L'infirmier a besoin d'être coaché, de discuter et de partager avec d'autres infirmiers du SSIRA. Pour lui, c'est un bon support de savoir qu'il peut compter sur la supervision des autres.

Cette supervision, tous l'apprécient, certains ressentent toutefois une indisponibilité de leurs collègues, ce qui les oblige à rechercher de l'aide dans d'autres centres que ceux où ils travaillent. Etre supervisé par les pairs est une manière d'apprendre son métier dans un service dominé par la tradition orale, la littérature étant peu abondante dans le service et les consultations sur Internet peu fréquentes.

L'encadrement par les pairs et les MPR installés n'a pas fait l'objet d'une formalisation ou de modalités d'organisation par l'institution, de ce fait, il se négocie au coup par coup. Quelques

infirmiers et médecins se montrent plus prêts que d'autres à partager leur savoir, à encadrer le nouveau personnel du SSIRA ou à enrichir les compétences des nouveaux arrivés.

Certains des infirmiers ayant des compétences spécifiques ne transmettent pas à proprement parler leur savoir aux autres, mais leurs collègues leur délèguent les situations dont ils ont la maîtrise. Aucune explication ne nous a été donnée sur les raisons de ce mode de faire. Le domaine de compétences de ces infirmiers est-il très circonscrit et le nombre de situations spécifiques trop restreint pour qu'un encadrement des collègues se justifie ? Les collègues préfèrent-ils déléguer que de s'approprier les compétences nécessaires à la prise en charge de ces situations ? Ou manque-t-il une structure pour favoriser le renforcement des compétences à l'interne ? Autant de questions auxquelles nous ne pouvons répondre.

Aujourd'hui, l'encadrement du nouveau personnel et l'actualisation des compétences des autres infirmiers dépend largement des affinités entre les personnes. Ils appartiennent à l'informel et à l'impensé de l'institution.

Enfin, concernant la perception par les infirmiers de la formation PMU et FARMED, nous pouvons poser les questions suivantes :

la profession d'infirmier semble occuper une place problématique dans l'organisation du système de santé : elle semble souffrir d'un déficit de pouvoir, de responsabilité, de crédibilité et reconnaissance sociale qui la met dans une position inconfortable. Mais le paradoxe qu'elle entretient face au savoir, face à son rôle et sa difficulté à s'autodéterminer en tant que corps professionnel et non seulement en tant qu'individu, limite sa quête de reconnaissance. En effet, comment les infirmiers du SSIRA se définissent-ils en tant que collectif, et corps professionnel au SSIRA ? Sont-ils de « petits médecins », des tenants de l'approche biopsychosociale ? Quelles sont les finalités de leur action auprès des requérants ? Aucun consensus officiel ne parvient à se dégager du côté des infirmiers et ils ne semblent pas percevoir l'utilité d'en dégager un. Craignent-ils d'y perdre leur identité personnelle ?

Le chapitre suivant va rendre compte, par l'approche sur le terrain des situations de soins, de ces nombreuses questions soulevées par le cadre institutionnel.

## **2.2 Pratiques et savoirs infirmiers au sein d'un réseau de santé**

### **2.2.1 L'analyse des situations de soins**

#### ***Première consultation à la permanence***

Nous sommes partis d'une observation de la pratique des infirmiers dans le cadre de leurs consultations sur la base d'une question générale. Comment les infirmiers s'y prennent-ils pour analyser la demande d'un requérant qui vient à la permanence ? Ils ont principalement évoqué ce qu'ils feraient non pas dans des situations simples et clairement organiques, mais dans des situations plus complexes.

Quand nous avons mené notre enquête, aucune standardisation dans les modes de faire n'existait, chaque infirmier se dotant de sa propre structure d'analyse. Cette liberté d'action a permis aux infirmiers de choisir :

- les différentes dimensions à prendre en compte pour analyser et définir le problème de santé, de les pondérer et de les articuler entre elles ;
- la place qu'ils s'attribuent et celle qu'ils assignent au patient.

Pour l'ensemble des infirmiers, définir un problème consiste à examiner trois dimensions de la maladie : biologique, psychologique et sociale. Cette démarche repose sur un consensus du corps professionnel infirmier, elle est enseignée dans toutes les écoles d'infirmières et s'appuie sur la définition par l'OMS de la santé<sup>18</sup>.

Avant de passer à l'analyse de la demande proprement dite, beaucoup d'infirmiers insistent sur la nécessité d'établir une relation de confiance avec les requérants, condition indispensable pour garantir la libre expression des problèmes de santé. Cette relation de confiance nécessite un temps de discussion pour décoder la demande, préalable incontournable, sans lequel le décodage de la demande réelle ou sous-jacente risque d'être compromis.

Pour plusieurs professionnels, l'augmentation du nombre de consultations les oblige à être de plus en plus circonscrits dans l'analyse de la demande et risque de les faire passer à côté de la demande réelle et de tomber dans le piège qui consiste à donner trop d'emphase aux symptômes physiques, facilement accessibles, au détriment d'une demande plus enfouie et plus problématique à faire émerger. Ce danger est de plus en plus réel. En effet, la demande avec laquelle le patient vient en consultation prend presque toujours la forme d'un symptôme ou d'un signe physique, mais « la principale demande des requérants, de l'avis des infirmiers, est psychologique » et se traduit par « une diminution de l'estime de soi ».

L'expression des problèmes psychologiques et des doutes que l'on a sur soi demande du temps, non seulement en raison de la relation de confiance qu'il faut établir, mais aussi en raison de la difficulté d'expression de ces problèmes dont la mise en mots n'est le plus souvent pas immédiate.

Cette demande principalement psychologique a été soulevée par de nombreuses études et plus particulièrement dans la revue de la littérature du rapport de recherche de M. Chiminenti, S. Cattacin et al.<sup>19</sup> qui associent le statut légal de RA à une perte de statut social et d'estime de soi, une certaine discrimination, un sentiment de culpabilité et des difficultés d'intégration dans la société suisse<sup>20</sup>.

C'est un peu comme si, pour les requérants, faire appel à un service de santé était synonyme de demande de soins physiques. Dans ce cas-là, la désirabilité sociale conduit le requérant à donner une traduction physique de ses malaises. Cette manière de faire est-elle le résultat de la représentation qu'il a du système de santé en Suisse ou s'inscrit-elle dans la continuité de ce qui se passait dans son pays d'origine ? Ou le requérant considère-t-il que les problèmes physiques sont plus faciles à solutionner que les problèmes psychiques et sociaux et préfère-t-il se savoir atteint de problèmes physiques faciles à résoudre que de problèmes psychiques ?

<sup>18</sup>Définition de la santé selon l'OMS : état de complet bien-être physique, psychique et social.

<sup>19</sup>« Migration et santé » : priorités d'une stratégie d'intervention. Rapport de base d'une étude Delphi. Forum suisse pour l'étude des migrations. Rapport de recherche 18/2001.

<sup>20</sup>Gilgen D., « Epidémiologie clinique et culturelle des problèmes sanitaires ambulatoires rencontrés par les migrants de Turquie et de Bosnie », in Hans-Rudolf Wicker, Rosita Fibbi, Werner Haug. *Les migrations et la Suisse*. Edit. Seismo, p. 493.

Une analyse du problème implique donc pour les infirmiers d'examiner les trois dimensions de la santé, mais leur agencement varie d'un infirmier à l'autre, de même que la place attribuée au patient dans cette définition du problème :

- Une démarche analytique fondée sur la séparation des différentes dimensions de la maladie.
- Une démarche systémique où les dimensions de la maladie s'interpénètrent.
- Une démarche de négociation de la définition du problème entre professionnels et patients.

Le but de la démarche d'investigation est généralement d'identifier les problèmes de santé et, plus rarement, de repérer les ressources des patients pour y faire face. Ces démarches sont à considérer comme des idéaux-types<sup>21</sup> au sens de M. Weber, elles sont une « stylisation » de la réalité et une « reconstruction partielle » de celle-ci.

Les démarches d'analyse des professionnels sont très hétérogènes et étaient, jusqu'au moment des entretiens, laissées au libre choix des infirmiers qui l'ont imprégnée de leur propre conception de soins, mais aussi de leur représentation de la participation du patient. Cette hétérogénéité n'est pas le seul fait des infirmiers, mais elle dépend aussi de la situation à analyser. Certains infirmiers nous ont d'ailleurs dit que si le problème physique était clairement énoncé, ils n'allaient parfois pas au-delà, mais c'est principalement dans les situations plus complexes que les infirmiers utilisent ces différentes démarches d'analyse. Ils privilégient chacun une de ces démarches, mais le plus souvent ils se réfèrent à plusieurs d'entre elles, l'adaptant à la nature de la problématique présentée par le requérant.

#### Démarche analytique

Une bonne partie des professionnels du SSIRA mène son investigation par étapes successives, chacune de ces étapes correspondant à une des dimensions de la santé. Dans ce cadre, c'est l'infirmier qui indique au patient la dimension de la maladie à analyser et le patient fournit les informations nécessaires à la définition de son problème.

Cette investigation structurée et ordonnancée commence généralement par la dimension biologique, puis par les dimensions psycho-sociale. Une infirmière nous dit :

Chercher en premier lieu à exclure une urgence strictement médicale, puis à évaluer un problème physique. Elle cherche ensuite... où en est le requérant avec ses démarches concernant son permis et s'il a reçu des mauvaises nouvelles de son pays d'origine ou s'il a des craintes pour les siens restés au pays ou s'il rencontre des problèmes de voisinage dans son lieu d'habitation en Suisse... J'examine ensuite le moral du patient...

Repérer d'abord les dysfonctionnements physiques visent à ne pas passer à côté d'une urgence physique, ce qui représenterait une faute professionnelle grave. « Une infirmière moins qu'un médecin, nous dit une infirmière, ne peut se permettre une telle erreur au vu de sa moindre légitimité. »

L'évaluation des problèmes physiques est donc incontournable et le patient ne peut s'y soustraire, quelle que soit la force de la demande psycho-sociale sous-jacente. On peut alors

---

<sup>21</sup>Aron R., *Les étapes de la pensée sociologique*. Paris, Gallimard, Tel, 1967, pp. 519-522.

considérer que c'est principalement le professionnel qui oriente, par ses questions, la démarche d'analyse. Certains infirmiers vont jusqu'à affirmer que le mandat du SSIRA porte essentiellement sur la dimension biologique de la maladie ou ne se disent vraiment compétents que dans cette dimension.

Quelques rares infirmiers font de l'anamnèse médicale l'instrument de prédilection de leur pratique d'investigation :

L'anamnèse est plus succincte que celle d'un médecin, cette anamnèse est centrée sur les interventions qu'une infirmière peut réellement réaliser (examens, traitements...) Si les connaissances médicales dont la professionnelle a besoin au SSIRA couvrent une large palette de situations, elles sont cependant peu approfondies, à l'instar d'un médecin généraliste par rapport à un spécialiste.

De notre point de vue, utiliser le modèle de l'anamnèse médicale implique une mesure de prudence dont le but est de se différencier de l'intervention médicale et tout symptôme physique peut s'accompagner de problèmes psychologiques qu'il s'agit d'examiner. Comme le précise cette infirmière :

L'étendue de son anamnèse est limitée, ses moyens diagnostiques et ses connaissances étant plus réduits que ceux des médecins.

La différenciation d'avec le médecin est maximale quand la question du diagnostic est évoquée. Le diagnostic, apanage du médecin, leur est refusé. Plusieurs infirmiers nous expliquent toutes les stratégies de contournement qu'ils utilisent pour suggérer un diagnostic plutôt qu'un autre quand ils transfèrent un patient aux médecins du réseau : ils vont, par exemple, mettre l'emphasis sur les symptômes cardinaux de la maladie ou les agencer de manière à insinuer le diagnostic présumé.

En résumé, l'analyse des dimensions bio-psycho-sociale se fait dans un ordre hiérarchique et c'est le professionnel, en tant qu'expert, qui conduit l'entretien.

### Démarche systémique

Dans cette démarche, les trois dimensions de la santé et de la maladie ont des valeurs équivalentes. Si le patient se plaint davantage de problèmes psychologiques et sociaux que de problèmes physiques, une investigation biologique n'est ni indispensable, ni première. C'est l'intrication entre les différentes dimensions de la maladie et leur interdépendance qui sont recherchées.

De l'avis de certains infirmiers, les requérants présentent de nombreux problèmes physiques associés à des problèmes psycho-sociaux : les céphalées, les troubles gastriques sont de ceux-là et leur définition comportera la mention de l'interaction entre les dimensions organiques et psycho-sociales de ceux-ci. Une infirmière nous dit :

Il s'agit principalement de suivre les préoccupations qui lui sont amenées par le patient... Elle s'adapte à ses préoccupations.

Dans ce type de démarche, le choix de la porte d'entrée est laissé à l'initiative du patient qui, à tout moment, peut orienter l'examen clinique et modifier la dimension de la maladie que le professionnel est en train d'examiner. De ce fait, on peut dire que le professionnel n'est pas



seul à conduire l'investigation, mais chacun des acteurs peut en modifier le cours. Une infirmière nous dit encore :

Si le patient présente un problème précis, par exemple des céphalées, des maux de ventre, des maux de dos, de dents... elle recherche les facteurs psycho-sociaux qui influent peut-être aussi sur le problème physique.

Pour cette professionnelle, comme pour d'autres, tout problème physique peut être associé à un problème psycho-social qu'il s'agit d'investiguer et vice-versa.

En résumé, l'analyse des dimensions du problème pour qu'elle soit complète devrait couvrir l'ensemble des dimensions et ne nécessite aucune hiérarchisation des unes par rapport aux autres, toutes étant équivalentes.

#### Démarche de négociation des représentations

Un petit nombre d'infirmiers parle peu de la manière dont il examine les différentes dimensions de la santé, mais, ce qui est central pour lui, c'est la négociation avec le patient de la définition du problème.

Dans cette démarche, il existe, à notre avis, une phase de délibération entre l'infirmier et le patient où le professionnel exprime, comme il le dit, sa représentation du problème de santé et incite le patient à en faire de même. S'il existe un écart entre les représentations des acteurs, alors une discussion s'ensuit pour trouver un accord acceptable pour les deux parties.

Un des infirmiers traduit ainsi cette démarche :

Une fois le problème posé par l'infirmier, il s'agit de savoir ce que le requérant pense de la formulation du problème : j'explique mon topo du problème, comment il est survenu... Je cherche alors à me mettre d'accord avec le requérant sur la définition du problème.

Les représentations du monde sont tellement différentes entre les infirmiers et les requérants qu'il peut être difficile de décoder la demande, mais c'est aussi ce qui fait le piment du travail. Les problèmes sont parfois tellement complexes qu'il faut rester modeste sur ce qu'on peut faire.

Si l'écart entre les représentations de l'infirmier et du requérant est trop grand, il faut faire appel à un médiateur culturel pour essayer de trouver une entente. Habituellement, ce n'est pas nécessaire, on trouve un terrain d'entente sans ça.

Dans cette démarche, fortement interactive, on peut affirmer que l'infirmier joue le rôle de passeur à double titre : il facilite le passage pour le patient du discours médical ou psycho-social au discours profane et de la culture d'accueil à la culture d'origine. Par ailleurs, il est prêt à modifier sa perception du problème pour se rapprocher de celle du patient et faciliter ainsi l'appropriation de son mal par le patient. C'est à ce prix, dit-il, que le patient acceptera de se soigner.

Cette démarche est aussi celle qui se rapproche le plus de la nouvelle approche socio-anthropologique. Elle met l'accent sur la réciprocité du regard et la qualité de l'interaction, sur les implications de la culture, sur la définition et le traitement du problème de santé. Elle

permet la réappropriation de ceux-ci par le requérant plutôt que sur les différences entre la culture des soignants et celle des requérants. Ces infirmiers ne semblent cependant pas pratiquer, à l'instar de la psychiatrie transculturelle et de l'ethnopsychiatrie, un changement de perspective où l'analyse du problème est déplacée sur une autre grille de référence, sur un autre code symbolique. Ils cherchent plutôt un accord, une sorte de moyen terme entre eux et le patient. Ils acceptent de se décentrer de leur propre système de référence sans toutefois déplacer complètement le problème dans le code symbolique de l'autre.

Les trois démarches susmentionnées ont des similitudes avec ce qu'I. Baszanger<sup>22</sup> observe dans les centres interdisciplinaires spécialistes de la douleur. Elle identifie deux modèles d'investigation et non trois comme nous l'avons vu au SSIRA. Le premier, dit-elle, traite la douleur comme un symptôme où les médecins font une investigation des dimensions physique et psychologique de la douleur. Ces deux dimensions étant hiérarchisées l'une par rapport à l'autre, le patient et le professionnel se trouvent dans des univers bien séparés où le médecin conduit l'entretien et ne s'intéresse aux propos du patient que si celui-ci correspond à ses catégories de pensée, c'est-à-dire prioritairement biologiques. Le deuxième modèle traite la douleur comme une maladie et considère que « toutes les dimensions de la douleur ont des valeurs équivalentes dans l'explication » et que le patient et le professionnel sont en interaction étroite interférant sans cesse l'un avec l'autre.

La démarche analytique des infirmiers du SSIRA est très proche du modèle de la « douleur symptôme » d'I. Baszanger, hormis la représentation que se font ces médecins de la douleur psychique qu'ils considèrent moins « réelle » que la douleur physique. Le modèle de la « douleur maladie » se retrouve dans les démarches systémiques et de négociation des infirmiers du SSIRA. La démarche systémique met au même niveau les différentes dimensions de la maladie et favorise une forte interaction entre le professionnel et le patient qui expose son problème comme il l'entend. Dans ce modèle, contrairement au suivant, la définition du problème n'aboutit pas forcément à un accord alors que c'est l'essence même de la démarche de négociation des infirmiers.

Ces différences s'expliquent en partie par la différence de socialisation de ces deux professions. Si certains médecins, comme les infirmières, se réclament d'une conception bio-psycho-sociale de la santé et de la maladie, la répartition du temps de formation entre ces trois dimensions diffère entre ces deux professions. En effet, les études médicales sont encore largement focalisées sur la bio-médecine alors que l'équilibrage entre ces trois dimensions est beaucoup plus important dans les formations d'infirmières.

Les démarches d'analyse sont toutes centrées sur la relation duelle. La participation de la famille et des proches pourtant prégnante dans les textes de loi et les discours des politiques des secteurs de la santé et du social est impensée. Elle n'apparaît pas formellement dans l'analyse de situations. Les principes prônés par la santé communautaire sont en fait très peu présents dans le discours des infirmiers.

En conclusion, l'hétérogénéité de ces démarches d'analyse n'est pas problématique en soi dans la mesure où elle offre, à notre avis, les ingrédients nécessaires à la réflexion et à la définition d'une démarche commune à l'ensemble des professionnels du SSIRA.

---

<sup>22</sup>*Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Paris, Seuil, 1995.

Les démarches d'analyse des infirmiers sont la résultante des réflexions individuelles de chacun d'entre eux et sont en quelque sorte déconnectées de référentiels théoriques tels que les modèles infirmiers ou autres modèles théoriques d'intervention. La référence aux trois dimensions de la santé fait exception. C'est le reflet de ce que certains infirmiers nomment « la culture orale » du SSIRA qui ne dispose quasiment d'aucun document pour orienter la prise en charge de ses patients que ce soit au niveau médical, épidémiologique ou organisationnel. A l'instar des RA, ces professionnels semblent privilégier la tradition orale à toute tradition écrite, ce qui nécessite pour les nouveaux collaborateurs de s'initier aux lignes directrices de l'action du SSIRA par des discussions avec les pairs.

En-dehors de la démarche de négociation des représentations, les infirmiers ont souvent tendance à faire de la culture une dimension à part à prendre en compte. Ils cherchent souvent à différencier dans le normal et le pathologique ce qui est de l'ordre du culturel. Ils le traitent aussi parfois comme un biais à écarter ou à relativiser au moment de faire la synthèse et l'interprétation du problème. Par contre, les infirmiers ne parlent pour ainsi dire pas de leurs corps comme émetteur ou récepteur de sens ou de non-sens dans leurs interactions avec les requérants.

Même si des éléments théoriques manquent pour construire une démarche d'analyse des situations, il nous semble que ces différentes manières de faire l'analyse offrent d'intéressantes pistes pour définir ce qui est de l'ordre d'une conception générale de la démarche d'analyse de situations complexes. Un ancrage dans la littérature professionnelle pourrait apporter davantage de crédit à ces démarches en incluant la dimension culturelle des problématiques.

Qu'en est-il maintenant des réponses proposées et peut-on identifier un référentiel ?

### **2.2.2 Réponses aux problématiques : entre paradigme bio-psycho-social et santé communautaire**

#### ***De la « bobologie » aux situations complexes***

Les infirmiers ont décrit la manière dont ils s'y prenaient pour répondre aux problèmes de santé qu'ils avaient identifiés. Par ailleurs, il était important de savoir s'ils menaient des interventions auprès des patients chroniques et quelle était nature de celles-ci.

Les interventions fournies par les infirmiers se situent dans une perspective bio-psycho-sociale et se différencient en fonction de la dimension de la santé qui est la plus touchée. C'est entre les niveaux biologique et psychologique que les différences sont les plus marquées alors qu'entre les niveaux psychologique et sociologique, il existe des similitudes.

#### **Réponses aux problématiques à prédominance biologique**

Les infirmiers ne nous ont pas explicité les types de traitements qu'ils prescrivaient puisque ceux-ci dépendent des pathologies soignées, mais ils nous ont décrit quels étaient les grands principes qui guidaient la prise en charge des situations complexes.

Dans les situations bénignes et clairement organiques, les infirmiers se considèrent, dit l'un d'entre eux, comme des *dépanneurs* administrant des traitements simples et prescrivant des médicaments que l'on retrouve dans les pharmacies de la plupart des ménages suisses.

Ce type de thérapeutique s'apparente aux yeux de certains infirmiers à la « bobologie » dont l'aspect réducteur, voire dépréciatif, leur apparaît vu que n'importe quel profane sensé pourrait offrir ce type de soins aux siens.

Pour ceux qui ont travaillé à l'étranger dans les pays en voie de développement, cette « bobologie » contraste avec l'exercice de la profession qu'ils ont expérimentée où ils ont posé des diagnostics et prescrit toutes sortes de médicaments y compris des antibiotiques.

Certains infirmiers se plaignent surtout de la restriction imposée par la PMU de la prescription de médicaments monosubstance. Pour eux, elle ne tient pas compte de l'effet placebo des médicaments, ni des représentations que se font les requérants des thérapeutiques. Pour donner un exemple concret, certaines personnes ont l'impression qu'un antipyrétique qui contient de la vitamine C est plus efficace qu'un antipyrétique seul. Alors, pourquoi ne pas leur donner un tel médicament ?

Dans les situations plus complexes, ce sont les conceptions de soins qui nous ont été décrites et qui peuvent se regrouper en trois grandes catégories :

- Un modèle paternaliste dominé par les stratégies prescriptives.
- Un modèle centré sur la persuasion où les stratégies informatives et éducatives sont la panacée.
- Un modèle centré sur la négociation privilégiant les stratégies de délibération.

Ces stratégies d'intervention définissent des modalités de participation du patient allant de la prescription à la coopération. Les deux premiers modèles sont les plus fréquents, le dernier étant plus rare. Les professionnels ont tendance à privilégier un de ces modèles par rapport à l'autre, mais un même infirmier peut aussi se situer alternativement dans ces deux premiers modèles en fonction de la situation rencontrée. Les tenants du dernier modèle sont généralement les mêmes que ceux qui se réfèrent à la démarche de négociation des représentations. La continuité de ce dernier modèle entre l'analyse et l'intervention présente une certaine cohérence. Les professionnels dans ce modèle sont plus enclins à s'y tenir que dans les modèles précédents, mais il ne faut cependant pas exclure qu'ils recourent aussi dans certaines situations aux deux premiers modèles.

#### Modèle paternaliste : des stratégies prescriptives

Quand la situation s'avère non bénigne et que les requérants viennent d'arriver en Suisse, la prescription semble rassurer les requérants qui se sentent déboussolés et peu prêts à prendre des initiatives. Voilà ce que nous en dit une infirmière :

De manière générale, les requérants sont très demandeurs, ils prennent peu d'initiatives, ils ne se font pas confiance. L'infirmière a beau leur demander ce qu'ils faisaient dans leur pays pour se soigner, les requérants ne font plus confiance à leurs propres croyances et leur propre culture, ils utilisent moins leurs propres ressources pour aller mieux. Ils ne veulent plus prendre d'initiative, ils ont besoin d'être assistés parce qu'ils manquent de repères.

Les requérants, en changeant de pays, éprouvent des difficultés à se prendre en charge seuls et sont heureux de trouver un référent en qui ils peuvent avoir confiance et qui va les aider à faire des choix. Ils semblent préférer suivre les propositions des professionnels et ne pas trop intervenir dans les décisions. Les professionnels se positionnent alors davantage comme des prescripteurs et les requérants comme des exécutants des prescriptions.

Si le problème dépasse les compétences des infirmiers, ceux-ci se transforment en plaques tournantes, leurs connaissances du réseau leur permet alors d'aiguiller les patients directement vers les ressources appropriées.

#### Modèle centré sur la persuasion : des stratégies informatives et éducatives

Ces infirmiers cherchent à informer leurs patients sur les raisons du traitement, sur les précautions à prendre pour maximiser son efficacité ainsi que sur ses principaux effets. Sans cette information, disent-ils, l'observance au traitement et la surveillance de l'évolution de la maladie sont compromises. Il s'agit surtout de persuader le patient de suivre son traitement et d'obtenir la participation du patient pour suivre l'évolution de ses symptômes.

Pour les tenants de ces stratégies persuasives, informer est un incompréhensible qui, dans l'idéal, devrait s'accompagner d'une vérification de ce que le patient a compris, telle cette infirmière :

L'idée est de rendre le patient le plus autonome possible en lui donnant le maximum d'outils pour se débrouiller tout seul. On n'a cependant pas le temps de faire de l'éducation thérapeutique, on donne des informations, mais on n'a pas le temps de vérifier si elles ont passé ou non.

Ce mode de faire est courant au SSIRA. L'infirmière utilise son expertise pour réparer, apporter des solutions, mais plus rarement pour amener le patient à se soigner lui-même la fois suivante. Ces infirmiers ne sont pas dupes sur les limites d'une telle stratégie, sur la distance qui existe entre leur idéal et la réalité, à l'instar de cette infirmière qui exprime que :

On n'a pas le temps d'évaluer les compétences des requérants à se soigner eux-mêmes, ni à leur apprendre à se prendre en charge par eux-mêmes.

Le manque de temps est parfois source de déconvenue pour les infirmiers non seulement parce qu'ils n'ont pas réellement la possibilité d'apprendre aux patients à se prendre en charge eux-mêmes, mais parce qu'ils sont trop souvent réduits à prescrire en expliquant un minimum d'informations tant la salle d'attente est encombrée.

Les stratégies informatives des infirmiers ont, de notre point de vue, pour finalité, de convaincre le patient à appliquer les mesures thérapeutiques éprouvées et d'en prendre la responsabilité. Elles partent de l'a priori que le patient bien informé appliquera les mesures et va coopérer à la bonne marche du processus de soins<sup>23</sup>. L'efficacité de ces stratégies se mesure au degré d'observance du patient. Les stratégies persuasives impliquent une sujétion du patient à la compétence soignante et, beaucoup plus rarement, un échange et un partage avec le patient ce qui est l'enjeu principal de la stratégie suivante.

---

<sup>23</sup>Freidson E., *La profession médicale*. Paris : Payot, 1984, p. 142.

### Modèle centré sur la négociation : des stratégies de délibération

Dans ce modèle, les infirmiers sont des interlocuteurs qui incitent au dialogue et à la délibération pour « *se mettre d'accord sur les traitements* », dit une infirmière. Il s'agit, comme dans les stratégies précédentes, d'expliquer au patient le pourquoi des mesures thérapeutiques proposées, mais aussi d'être en mesure, s'il refuse la proposition faite, de l'accompagner dans son choix et de reconnaître ainsi sa différence.

Pour ces professionnels, leur intervention consiste à trouver le traitement qui tiendra le mieux compte des représentations du patient, de ses préférences et qui aura le plus de chances d'être efficace, même si celui-ci ne correspond pas à celui préconisé par les conférences de consensus d'« *Evidence Based Medicine* ». Il s'agit de trouver un traitement auquel le patient croit et adhère et qu'il se dit surtout prêt à appliquer.

Une infirmière nous raconte comment elle s'y est prise face à un patient qui ne voulait pas suivre un traitement :

Elle lui explique ce que les Suisses privilégieraient comme traitement et le pourquoi du traitement proposé dans la logique épidémiologique occidentale et laisse ensuite le choix au patient de suivre ou non sa proposition.

Dans ce cas-là, le rôle des infirmiers ne consiste pas à imposer un traitement, mais à expliciter les limites des choix proposés. Si le patient maintient sa position première après discussion, alors il est libre de faire ce qu'il veut.

Pour plusieurs infirmiers, la négociation tient compte des contraintes que leur impose le système tels que leur accessibilité aux médicaments ou les procédures à respecter pour référer aux médecins du réseau. Un infirmier nous dit qu'il :

Doit négocier avec le requérant le traitement qu'il est prêt à suivre... et quel traitement lui, en tant qu'infirmier, peut donner dans les limites qui lui sont imposées, quel type de médicaments le patient peut recevoir, mais aussi quel type de médecin il peut aller voir sans passer par exemple par le généraliste.

L'aire de négociation entre le patient et l'infirmier est fonction du cadre où cette négociation a lieu, des contraintes du gatekeeping, et l'infirmier est le garant de ce cadre.

Quelques rares infirmiers demandent d'abord au patient quelle solution il préconise pour aller mieux ou ce qu'il ferait s'il était dans son pays d'origine. Ces infirmiers réfléchissent ensuite avec lui aux ressources qu'il pourrait actionner dans ce sens :

Je cherche à penser le problème en fonction des ressources du patient et stimule le requérant à imaginer comment il va s'en sortir.

La négociation va servir ici à renforcer la coopération entre requérant et soignant et favoriser l'émergence d'une alliance thérapeutique. Elle implique une délibération et un partage de points de vue et la recherche d'un accord qui représente un compromis entre les positions des acteurs.

En résumé, notre analyse sur ce point est la suivante : les différents modèles que nous avons décrits recouvrent largement les modèles d'interaction soignants/soignés existant dans la littérature<sup>24</sup>. Le modèle paternaliste est le plus répandu à la fin du XIXe siècle et au début du XXe, quand le statut de la maladie était épidémique et où le patient appliquait des mesures thérapeutiques décidées par un expert légitimé. Le modèle persuasif est celui prôné par les éducateurs de la santé confrontés à des maladies chroniques comme le diabète ou lors de campagnes de prévention. Les professionnels cherchent à motiver les usagers par une argumentation positive vantant les avantages du changement de comportement et le plaisir à en retirer. Le dernier modèle est celui que l'épidémie du sida a fait émerger et qui se rapproche le plus de la santé communautaire dans la mesure où le patient est considéré comme un acteur et un gestionnaire de sa maladie. Ce modèle, qui s'inscrit dans l'air du temps, valorise la négociation comme modalité d'interaction entre profanes et professionnels. Le modèle de négociation prôné par les professionnels du SSIRA vise à partager avec l'utilisateur la responsabilité des décisions prises et non pas à donner les moyens à l'utilisateur, comme dans le cas du sida, de prendre seul ses décisions à partir des éléments d'information qui leur sont fournis. Il s'agit ici, nous semble-t-il, davantage d'une co-responsabilité que d'une délégation de la décision aux patients.

Ce qui surprend l'observateur qui se situe dans une perspective de santé communautaire, c'est l'absence de modèle où les requérants participeraient en tant que groupe à la définition de leurs besoins ou à la participation aux prises de décision dans les institutions de soins. Différentes raisons peuvent expliquer cette absence.

La première est liée aux difficultés rencontrées par les partisans de telles stratégies de définir une communauté ayant des caractéristiques communes et prêtes à défendre des intérêts communs. Les requérants sont, à cet égard, une communauté davantage marquée par l'hétérogénéité des systèmes de valeurs que par l'homogénéité de ceux-ci. Par ailleurs, inclure dans des instances de décision des représentants de la communauté n'est pas aisé. La plupart des tentatives faites dans ce sens montrent que les profanes peinent à argumenter et à prendre des positions divergentes face à des professionnels chevronnés<sup>25</sup>. Cette forme de participation se révèle donc le plus souvent illusoire.

Une autre raison pourrait être liée à la population des requérants elle-même qui, à leur arrivée en Suisse, se sent peu prête à jouer un rôle d'acteur comme le relèvent les infirmiers du SSIRA. La dernière raison est à chercher du côté des infirmiers et de leur méconnaissance de cet aspect de la santé communautaire. En effet, quand nous avons posé la question aux professionnels de ce qu'ils entendaient par santé communautaire, ils nous ont donné des réponses des plus hétérogènes, certains faisant du modèle bio-psycho-social le principe même de la santé communautaire, d'autres évoquant certains des aspects de la santé communautaire à l'exclusion d'autres. Enfin, personne n'a parlé de la participation de la communauté à la définition des besoins en santé.

---

<sup>24</sup>Cf. par exemple Barbot J., *Les malades en mouvement*. Paris : Balland, 2002.

Ou : Gafni A., Charles C., Whelan T., *The physician-patient encounter : the physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model*. Soc. Sci. Med., Aug; 47 (3): 355-6, 1998.

Ou encore : Charles C., Whelan T., Gafni A., *What do we mean by partnership in making decisions about treatment*. British Medical Journal, 7212 : 780-782, 1999.

<sup>25</sup>Cf. Lascoumes P., « Représenter les usagers » sous la dir. d'I. Baszanger, M. Bungener, A. Paillet. Paris : la Dispute, 2002.

Les trois types de modèles d'interaction duelle usagers/soignants dont nous avons parlé plus haut permettraient de construire des lignes directrices d'intervention pour le SSIRA, ce qui faciliterait une théorisation de leur action et une adaptation des stratégies d'une part aux problématiques de ces patients et d'autre part à la durée de séjour des requérants en Suisse. Cette différenciation entre nouveaux arrivés et requérants installés en Suisse depuis un certain temps correspond à une différenciation largement évoquée par les infirmiers. Pour ces derniers, les nouveaux venus sont peu enclins à l'autodétermination alors que les plus anciens sont davantage prêts à prendre des initiatives et à négocier.

De notre point de vue, les professionnels pourraient réfléchir à l'opportunité de définir des situations emblématiques, à savoir les familles de problèmes bio-psycho-sociaux pour lesquels les différents modèles d'intervention s'adapteraient le mieux, tout en gardant à l'idée que toute situation singulière peut les démentir et les amener à réfuter le modèle. Une telle modélisation aurait l'avantage d'orienter le comportement des professionnels et leur permettrait d'avoir des alternatives qui tiennent compte des situations spécifiques.

Les réponses à des problématiques organiques chroniques vont être explicitées dans les paragraphes suivants.

#### *L'intervention dans les maladies physiques chroniques*

Les patients atteints de maladies physiques chroniques tels le diabète, l'HTA, les rhumatismes chroniques ne sont généralement pas pris en charge par les infirmiers, mais dirigés vers les médecins du réseau.

Quand le patient se montre peu observant ou que des problèmes psychologiques se surajoutent au problème physique, les infirmiers sont sollicités pour assurer le suivi du patient. Le plus souvent, la prise en charge consiste à instaurer un semainier pour renforcer la compliance du patient. Cette demande peut provenir du médecin, du patient ou de l'infirmier lui-même.

Dans les centres d'hébergement, l'infirmier qui sait qu'un requérant est atteint d'une maladie chronique va s'enquérir de l'évolution de sa maladie et évaluer de manière informelle si le patient suit ou non son traitement et si celui-ci est adapté à son problème. Il le fait en lui demandant de ses nouvelles quand il le croise ou en interrogeant ses proches ou les autres requérants du centre.

Ce suivi informel ne fait le plus souvent l'objet d'aucune consultation planifiée. Si un infirmier s'aperçoit qu'un patient ne prend pas régulièrement ses médicaments, il lui arrive de proposer au médecin d'instaurer un semainier ou vice-versa. Quand le requérant n'arrive pas à se faire entendre de son médecin, il recourt aussi parfois à l'aide de l'infirmier.

Par contre, le SSIRA n'assume pas de soins à domicile « parce que les permanences obligent l'infirmière à être présente au centre et qu'elle ne travaille pas le week-end ». Quelques infirmiers souhaiteraient toutefois faire des visites à domicile pour mieux comprendre comment les patients vivent ou leur assurer une meilleure continuité des soins.

Les prestations des infirmiers aux patients chroniques restent exceptionnelles au SSIRA qui est d'abord et avant tout une instance de premier recours. De plus, les infirmiers ne se



reconnaissent pas de compétences suffisantes en éducation thérapeutique pour assurer le suivi des maladies très spécifiques comme le diabète.

### **2.2.3 Santé mentale et pratiques infirmières**

Ce chapitre explore le discours des infirmiers confrontés à des patients exprimant une souffrance plus psychique (voire psychiatrique) que physique. Ce que les infirmiers nous ont dit à ce propos peut être regroupé en plusieurs thèmes :

- La perception par les infirmiers des limites de leurs interventions dans le domaine psychologique,
- La prise en charge des patients psychiatriques,
- Les difficultés de l'analyse des problèmes psychologiques,
- Les stratégies d'interventions spécifiques à la santé mentale.

Les requérants expriment une forte demande psychologique ce qui met les professionnels dans une situation paradoxale : d'un côté, les requérants recherchent activement un interlocuteur qui leur apporte une forme de soulagement et de l'autre, les infirmiers se sentent insuffisamment formés pour répondre à la demande des requérants. Cette difficulté est exacerbée par les lacunes du réseau dans le domaine psychiatrique et ethno-psychiatrique que nous avons déjà évoquées dans le chapitre 2.1.3 sur le réseau.

#### *La perception par les infirmiers des limites personnelles et institutionnelles de leurs interventions dans le domaine psychologique*

A de nombreuses reprises, les professionnels du SSIRA nous ont parlé des limites personnelles et institutionnelles qu'ils ressentent dans la prise en charge des problématiques psychologiques des requérants. Pour eux, ces limites sont :

- Personnelles : leurs compétences leur paraissent insuffisantes pour répondre aux problématiques psychologiques,
- Institutionnelles : le SSIRA, en faisant de la permanence son principal mode d'organisation favorise les consultations de courte durée au détriment de consultations longues et les prises en charge des problèmes physiques au détriment des problèmes psycho-sociaux.

En effet, les infirmiers se disent le plus souvent démunis pour prendre en charge les problèmes psychologiques du requérant. Ils estiment manquer d'outils d'analyse et de techniques propres à l'investigation de ces problèmes qui sont pourtant très fréquents à la consultation. Ils se sentent donc impuissants devant tant de souffrance qu'ils ne peuvent cependant ignorer tant elle est omniprésente. Ils aimeraient être plus à même de saisir et cerner la demande, de la faire émerger, d'en appréhender les différentes facettes et de les interpréter.

Si l'incompétence leur pèse, elle n'est pas seule en cause. Les plages de temps de plus en plus étendues consacrées à la permanence au SSIRA limitent les possibilités d'analyse et d'intervention dans le domaine psychologique. En effet, évaluer un problème psychique ne se résume pas à poser des questions bien ciblées, encore faut-il mettre le patient en confiance, le laisser s'exprimer, l'aider à préciser et reformuler son problème et, enfin, tenter de

comprendre les différentes facettes de son problème avant d'envisager des solutions. Par ailleurs, beaucoup d'infirmiers disent avoir de plus en plus de difficultés à planifier, en dehors de la permanence, des consultations d'une demi-heure à une heure pour élucider la nature des problèmes psychologiques. Une infirmière nous a expliqué que :

Le problème principal pour l'infirmière aujourd'hui est qu'elle a beaucoup de peine à planifier un rendez-vous et à être sûre qu'elle va pouvoir le tenir. Elle ne peut, par exemple, pas fixer des rendez-vous en dehors du jeudi matin (seule place de temps réservée aux consultations de longue durée) où... des colloques sont annoncés et fixés à la dernière minute... Je trouve désagréable et irrespectueux de fixer des rendez-vous et d'avoir à les déplacer... Annuler un rendez-vous programmé, surtout s'il nécessite le déplacement d'un traducteur, est contraire à l'infirmière. Si les colloques sont fixés le jeudi matin et annoncés au dernier moment, alors ceci signifie que cette partie de son travail n'est pas reconnue et n'a pas d'importance, ni de valeur aux yeux de son institution... Elle estime que les jeudis matins ne devraient pas être utilisés pour des colloques.

Aux yeux des infirmiers, l'institution, en organisant les colloques sur les plages réservées aux consultations longues et non sur les permanences montre le peu de cas qu'elle accorde à ces prestations et à la souffrance psychique des requérants.

**De notre point de vue**, la question est de savoir que faire quand les compétences manquent, quand les MPR ne se révèlent pas forcément plus habilités à le faire, que les psychiatres manquent, que les centres psycho-sociaux sont réservés à l'idée d'intervenir dans ces situations et qu'Appartenances croule sous les demandes. Comme certains de ces problèmes ont trouvé des solutions partielles aujourd'hui, il s'agit davantage de vérifier leur pertinence et leur adéquation à la solution retenue. S'agit-il de pallier aux insuffisances des infirmiers ou de renforcer leurs compétences ? Si l'on renforce leurs compétences, quelles compétences développer ? Des compétences pour répondre aux problèmes psychologiques bénins comme dans le cas de la maladie physique ?

Au moment de l'enquête, quelques-uns des infirmiers s'étaient déjà organisés pour obtenir de la supervision de la part de leurs collègues formés en psychiatrie ou de certains médecins formés dans ce domaine. Certains s'étaient inscrits dans des formations à Appartenances ou dans d'autres lieux pour répondre à leurs besoins. Mais ces modalités d'apprentissage étaient le fait d'initiatives individuelles. Quelques infirmiers nous ont dit qu'ils souhaiteraient une supervision interne et régulière sur des cas concrets et/ou la présence de psychologues ou d'infirmiers en psychiatrie dans chaque centre. Alors comment l'institution va-t-elle se positionner face à ces différentes solutions individuelles et comment les professionnels vont-ils accueillir les réponses qui leur sont proposées ?

#### *Prise en charge des maladies psychiatriques*

Le suivi des maladies psychiatriques, quant à lui, reste exceptionnel au SSIRA et, dans ces situations-là, l'intervention infirmière consiste principalement à « *s'assurer de la compliance du patient et que le traitement soit supporté par lui* » ou encore à évaluer l'évolution des symptômes et des comportements du patient.

Les patients psychiatriques suivis par les infirmiers ont le plus souvent un semainier. De ce fait, ces patients sont obligés à sortir au moins une fois par semaine de chez eux et à se socialiser un tant soit peu. Instaurer un semainier, c'est, pour un certain nombre d'infirmiers,

créer une situation paradoxale où, en limitant la sur- ou la sous-consommation médicamenteuse, on risque de déresponsabiliser le patient que l'on souhaite par ailleurs rendre autonome. L'intervention infirmière consiste alors à opérer un savant dosage entre protection et autonomie.

Certains infirmiers interviennent aussi si le patient psychiatrique entretient des relations difficiles, voire conflictuelles, avec son entourage et tentent de négocier avec les proches et le voisinage pour faciliter leurs interactions.

A l'inverse des maladies chroniques organiques, les infirmiers ne souhaitent pas s'investir davantage dans des situations psychiatriques parce qu'ils s'y sentent le plus souvent peu à l'aise. S'il fallait vraiment s'occuper de tels patients, une intervention pluridisciplinaire leur paraîtrait la plus appropriée. Mais ce qui reste préférable dans ces situations, c'est de les déléguer au réseau.

#### *Les difficultés de l'analyse des problèmes psychologiques*

La démarche d'analyse dans la dimension psychologique consiste à enregistrer les plaintes et la souffrance du patient ou à identifier la nature du problème psychologique.

Dans ces situations, l'infirmier se veut discret et se défend d'être intrusif, il se dit prêt à partager la souffrance que le requérant veut bien lui livrer. Une infirmière l'exprime comme suit :

Elle cherche à écouter la personne, à la mettre en confiance et à savoir si elle a envie de parler davantage du passé, des problèmes rencontrés dans son pays d'origine, de ses problèmes ici.

Certains, dans leur analyse des problèmes psychologiques, restent proches d'une analyse bio-médicale des problèmes : ils cherchent à identifier des symptômes spécifiques de maladies psychiatriques telles que la dépression ou le PTSD, syndrome de dépression post traumatique, ou se focalisent sur la recherche de causes et facteurs déclenchant la souffrance psychique.

Je cherche à retrouver les causes de la douleur ou les éléments qui lui sont associés.

Les infirmiers qui recherchent des symptômes spécifiques le font pour se faire une idée de la gravité du trouble. La gravité des symptômes oriente leur attitude et détermine s'ils doivent ou non référer le patient au réseau. La plupart du temps, les infirmiers n'hésitent pas à référer au réseau un patient pour lequel ils ont un doute. A notre avis, ils le font par mesure de prudence dans le but de garantir aux requérants des prestations de qualité. Un infirmier nous dit :

Préférer déléguer ces situations aux autres acteurs du réseau parce que, dit-il, j'ai l'impression que les autres professionnels sont meilleurs que moi.

D'autres, dans une perspective plus psychosomatique, tentent de comprendre si le problème physique dont se plaignent les patients sont associés à des problèmes psychologiques. Quelques rares infirmiers cherchent à donner du sens à la souffrance morale.

Rares sont aussi les infirmiers qui vont chercher à comprendre de quoi est faite la souffrance, quelle est sa signification pour la personne et à comprendre le contexte de son émergence.

Parfois les infirmiers, pour éviter de se tromper, choisissent de rester dans une attitude d'ouverture : ils nomment et explicitent les problèmes et, de ce fait, y donnent quittance. Pour quelques infirmiers, la difficulté principale de l'analyse du problème psychologique réside dans le fait de différencier ce qui relève d'un comportement pathologique de ce qui est de l'ordre d'une manifestation culturelle. Une des infirmières nous l'a explicité comme suit :

Il est parfois difficile de faire la différence entre un problème psychologique et une manière de se comporter liée à la culture. Ces deux niveaux peuvent être très intriqués : je ne peux pas, dit l'infirmière, faire la différence entre une dépression ou un PTSD, du fait de la confusion possible entre les aspects culturels et psychologiques.

Aux yeux de certains infirmiers, le feeling, au sens de l'intuition, est leur principal atout pour évaluer une situation au niveau psychologique. C'est à la fois une qualité personnelle que l'on a ou non, mais aussi une capacité que l'expérience professionnelle peut aiguïser. Dans un des groupes de discussion focalisée, un infirmier nous a dit :

Je ne recherche pas à avoir une compétence dans le traitement des troubles du comportement. J'y tiens pas forcément... Parce que moi je crois que dans ce domaine-là, il faut plusieurs niveaux, il faut des psychiatres qui puissent traiter des pathologies, il faut des psychologues qui puissent traiter des troubles du comportement et comment vivre avec, et il faut des infirmières qui puissent parler je dirais « d'homme à homme », sans chichis, sans grandes phrases.

Pour cet infirmier, le bon sens serait la spécificité des infirmiers par rapport aux spécialistes de la relation. Et c'est ce bon sens dont les requérants ont besoin pour leur permettre de se positionner dans la réalité et éviter d'être dans l'illusion ou le rêve.

Beaucoup d'infirmiers expriment leur insatisfaction face à l'analyse qu'ils font de la demande du patient, mais beaucoup se montrent aussi ambivalents à l'idée d'acquérir davantage de compétences dans ce domaine. Ils peinent à trouver une spécificité infirmière dans le domaine de la relation.

**De notre point de vue**, les infirmiers auraient à se positionner et à déterminer s'ils sont les garants du sens commun et privilégient le feeling et le bon sens ou s'ils préfèrent acquérir et construire des cadres de référence théoriques pour prendre en charge des situations à forte dominante psychologique. Cette prise de position faciliterait le choix des moyens à mettre à leur disposition pour s'occuper des problèmes psychologiques.

#### *Stratégies d'intervention spécifiques à la santé mentale*

En-dehors des questions de temps, de reconnaissance institutionnelle et de manque de compétences, les infirmiers explicitent quatre types de stratégies d'intervention dans le domaine psychologique et chaque infirmier privilégie l'une d'entre elles :

- Une écoute passive
- Des techniques d'écoute diversifiées (y compris parfois donner du sens à la maladie)
- Une approche interactive basée sur la négociation
- Une approche volontariste du problème.

### *Ecoute passive*

L'écoute passive consiste à être « le réceptacle » de la douleur du requérant. Les infirmiers pour qui l'écoute passive est la principale stratégie d'intervention la considèrent comme minimaliste. Ils y recourent par défaut : conscients de la souffrance des requérants et de leur forte demande, ils ne peuvent s'y soustraire et offrent ce qu'ils ont, à savoir une oreille attentive. En fait, cette réponse leur paraît insatisfaisante et révèle, de leur point de vue, leur incompetence.

Cependant, le feed-back positif que les patients leur renvoient de cette écoute passive les surprend et n'est pas à la mesure de leur ressenti. Ils s'étonnent que les requérants se disent soulagés après avoir parlé avec eux.

L'étonnement est maximal quand les infirmiers entendent les requérants leur dire qu'ils se sentent mieux compris par eux que par les MPR. Voilà ce que nous a été dit à ce sujet :

Le suivi par le réseau n'est pas toujours plus satisfaisant que ce que je peux offrir... Je commence cependant à me sentir un peu plus à l'aise dans les prises en charge psychologiques, le feed-back positif que me font certains patients en est la preuve. Certains patients, après avoir vu le MPR, commencent à revenir chez moi parce qu'ils se sentent mieux compris par moi que par le MPR.

Dans les interviews de requérants, ceux-ci disent combien ils apprécient l'écoute des professionnels, certains ont même dit avoir trouvé une mère, un frère, une sœur de substitution. Voilà ce que nous en a dit une infirmière :

Les requérants ont besoin de quelqu'un à qui se référer. J'ai, dans ce cadre, un rôle de confidente, de conseillère.

Ces liens de « parenté » que les requérants évoquent en parlant des soignants et les relations d'affinité que les professionnels explicitent font davantage penser à des relations amicales qu'à l'exercice d'une expertise professionnelle.

### *Techniques de communication diversifiées*

Pour beaucoup de professionnels, les stratégies d'intervention en santé mentale correspondent à des techniques de communication : écoute active, empathie, reformulation, communication non verbale, expression des sentiments. Une infirmière l'explique comme suit :

L'infirmière laisse parler la personne, elle reformule ce que le requérant a dit pour s'assurer qu'elle a bien compris. Elle cherche à dédramatiser la situation si c'est possible.

Par ces techniques, les professionnels cherchent à faciliter l'acceptation par les requérants de leur situation telle qu'elle est et à « *mettre des mots sur leur souffrance* ». Ils vont repérer qui, dans leur entourage, peut leur apporter un support social et comment la personne peut gérer son quotidien.

Quelques infirmiers nous ont parlé des tentatives qu'ils faisaient pour trouver des équivalents aux plantes que les patients avaient utilisées dans leur pays et qui s'étaient révélées efficaces.

Dans ce sens, il leur arrive de prescrire des tisanes comme équivalents et de renoncer à l'emploi de médicaments allopathiques. Voilà ce que nous en a dit une infirmière :

Elle évalue, par exemple, en cas d'insomnies, de cauchemars, l'état de tension du requérant. En fonction de cet état, elle lui apporte une aide sous forme de plantes si possible. Les plantes ont l'avantage d'avoir un effet placebo.

Il ne nous a cependant pas été clairement dit si les infirmiers qui prescrivaient des plantes le faisaient après avoir vérifié auprès du patient s'il adhérait à ce type de thérapeutique ? Par contre, plusieurs infirmiers nous ont dit que bien des requérants avaient davantage confiance dans la médecine occidentale que dans la médecine de leur pays et même avaient tendance à la survaloriser.

Certains professionnels se plaignent moins de leur incompetence. Ils ont plus souvent l'impression de parvenir à trouver des solutions qui soulagent les requérants. Toutefois, ils souhaiteraient acquérir davantage de compétences dans le domaine psychologique.

#### *Approche interactive basée sur la négociation*

Cette approche interactive basée sur la négociation fait suite à la démarche d'investigation qui prône la négociation des représentations, ce sont les mêmes infirmiers que l'on retrouve dans ces deux groupes. Au moment de l'intervention, ce sont les solutions au problème psychologique qui sont au cœur de la négociation entre le requérant et le soignant.

L'interaction entre les acteurs profanes et professionnels va permettre de trouver des solutions pour faciliter le quotidien du patient. C'est de la proximité des solutions proposées (entre patient et soignant) que dépend la réussite de l'intervention, ce qui nécessite une négociation constante des divergences. Les soignants partent de l'a priori qu'un accord entre eux et les patients est indispensable pour que le requérant ait des chances de trouver une issue à son problème.

Si aucun consensus n'est trouvé, le soignant explicite les différences qui existent entre le patient et lui et « l'accompagne dans sa différence » tout en validant sa souffrance. Cette stratégie permet de préserver la liberté du requérant et, pour le soignant, de rester en accord avec lui-même. Ces infirmiers recourent aussi parfois à un médiateur culturel pour les aider à trouver des solutions acceptables pour le patient et qui tiennent compte de ses valeurs culturelles.

#### *Approche volontariste du problème*

Ce type de stratégies est beaucoup moins fréquent que les précédents. L'intervention consiste à aider le requérant à identifier la marge de manœuvre<sup>26</sup> dont il dispose malgré les conditions de vie qu'impose l'asile et à en faire usage. Les professionnels incitent les requérants à « prendre la part de responsabilité » qui leur revient pour éviter de se mettre dans une position d'impuissance. Une infirmière nous l'a exprimé comme suit :

---

<sup>26</sup>Telle qu'elle est décrite par : Crozier M., *Le phénomène bureaucratique*. Paris : Seuil, 1963.

J'essaie de banaliser le problème : ce que le requérant est en train de vivre, c'est normal, vous avez des problèmes qui sont liés aux conditions de vie que la Suisse vous impose et des difficultés de votre histoire dans votre pays d'origine.

Un temps d'adaptation est nécessaire pour se retrouver, mais cela demande de la volonté à se prendre en charge, à se prendre en mains. Je renvoie au requérant, dit l'infirmière, la part de responsabilité qui lui revient dans l'histoire, je lui montre ce qu'il peut, malgré sa situation, décider pour lui.

Quelquefois, les infirmières disent même que les requérants ont besoin d'être « *secoués* » et de se rappeler que la Suisse n'est pas un eldorado, mais qu'il y a aussi des luttes à mener et que l'exprimer au travers de sa souffrance morale ou de symptômes physiques n'est pas satisfaisant et n'est pas d'un grand secours.

Quand un problème psychologique persiste ou s'aggrave, les infirmières tentent d'orienter le patient chez le psychiatre, ce qui n'est pas toujours aisé. De nombreux requérants sont réticents à consulter un psychiatre par crainte d'être stigmatisés ou d'être considérés comme « *fous* ». Pour un certain nombre de requérants africains, une aide psychologique ou psychiatrique est dépourvue de sens dans la mesure où ce type d'aide ne fait pas partie de la panoplie des mesures thérapeutiques de leur culture d'origine où le mal est associé à un mauvais sort et non à l'individu.

Ces infirmiers semblent attribuer davantage le mal-être aux conditions de vie imposées par l'asile qu'aux difficultés psychologiques des requérants. Contrairement à leurs autres collègues, ces infirmiers ont tendance à « sociologiser » les problèmes des requérants alors que la plupart d'entre eux ont tendance à les « psychologiser ». Dans ces situations, les infirmiers se disent souvent insatisfaits du rôle qu'ils jouent et parlent de leur « *rôle alibi* ».

#### **2.2.4 Précarités sociales et pratiques infirmières**

Dans le cadre des demandes de type bio-psychosocial des RA, il était important d'investiguer aussi le discours des infirmiers sur les problèmes de précarité et, plus particulièrement, l'insécurité et l'incertitude liées au statut d'asile. Celui-ci rendant aléatoire et difficile tout investissement dans le futur.

Des réponses faites par les infirmiers, nous dégageons les thèmes suivants :

- Le pouvoir de réaction des requérants sur la précarité,
- Les interventions infirmières pour répondre aux problèmes de précarité,
- La précarité, une problématique sociale : quelle répartition de ce champ d'intervention entre infirmiers et acteurs sociaux ?

La précarité est une problématique sociale dans la mesure où elle est associée au statut d'asile. La précarité représente un risque de maladie, mais engendre aussi des problèmes sociaux. Des conditions de vie peu favorables n'entraînent cependant pas forcément une maladie ou des problèmes sociaux, mais, pour y échapper, il faut, disent de nombreux infirmiers, « *beaucoup de détermination et de force intérieure* ».

Avant de passer aux interventions infirmières proprement dites, un détour par les représentations que se font les professionnels du statut de requérant et de ses répercussions sur la vie quotidienne nous paraît essentiel.

#### *De l'ambiguïté de la politique d'asile*

Les infirmiers se montrent le plus souvent critiques à l'égard de ce qu'ils appellent l'ambiguïté de la politique d'asile ; quelques-uns, par contre, refusent de se prononcer sur la question.

Cette ambiguïté, pour les infirmiers, est liée au fait que la Suisse accueille des RA dont les 94-96 % sont en fin de compte renvoyés chez eux<sup>27</sup>. Les infirmiers dénoncent la contradiction qui existe entre le discours humanitaire de la Suisse et les faits, à savoir les conditions de vie que l'on impose aux requérants et qui donnent tous les signes d'un rejet de ces personnes. La conséquence de cette contradiction se reporte sur le SSIRA qui, comme l'exprime une infirmière :

Est un alibi pour faire croire que l'on prend en considération les requérants, mais en fait, on les fait vivre dans des conditions inacceptables pour leur donner envie de partir.

Beaucoup d'infirmiers se sentent alors dans une position inconfortable : ils travaillent à faciliter l'intégration des requérants en Suisse alors que les politiques d'asile font tout pour les inciter à rentrer chez eux. Certains infirmiers tentent, par contre, d'évaluer les envies du requérant de rester en Suisse ou de repartir chez lui plutôt que de laisser attendre une décision administrative paraissant souvent arbitraire.

Si la plupart des professionnels du SSIRA se disent en désaccord avec la politique d'asile, certains, par contre, refusent de se positionner. Pour eux, les conditions de vie du requérant ne sont pas à discuter, elles sont un donné sur lequel ils ne peuvent agir dans le cadre du SSIRA. Ils doivent faire avec cette réalité comme les requérants d'ailleurs. En tant que travailleurs du SSIRA, ils ne se donnent pas le droit de prendre parti ou pensent qu'ils ne peuvent se le permettre. Un infirmier l'exprime comme suit :

Les infirmiers doivent dire qu'il y a une base acceptable pour le requérant, sauf s'il vit dans un abri PC ou qu'il est en Suisse depuis plus de deux ans. En effet, à long terme, les conditions de vie imposées aux requérants deviennent invivables. L'infirmier doit comprendre ces conditions, les accepter.

**De notre point de vue**, le malaise de la plupart des infirmiers se situe dans cette contradiction entre le discours humanitaire et le rejet des requérants concrétisés par la précarité de leurs conditions de vie. La Suisse joue la carte de l'humanitaire avec les requérants, tout en leur offrant des conditions de vie pathogènes. Le SSIRA représente la bonne conscience de cette politique d'asile répondant à leurs besoins de santé essentiels.

---

<sup>27</sup>Schäublin R., Peccoud A., Bodenmann P., „Prise en charge médico-sanitaire des RA dans le canton de Vaud » in *Médecine et Hygiène*, vol. 61, 2003, pp. 2016-2022.



***Le statut de requérant : une précarité à plusieurs facettes***

Le statut de RA crée la précarité qui est dominée par l'insécurité et l'incertitude et qui se décline à différents niveaux : durée de séjour imprévisible, interdiction de travail, conditions de logement à la limite de la décence et ressources financières minimales. Cette précarité, dit la plupart des infirmiers, est iatrogène.

On ne donne pas aux requérants les outils pour s'en sortir, on ne leur donne pas le droit au travail ce qui leur... donnerait une meilleure estime d'eux-mêmes.

Le séjour en Suisse peut prendre fin à tout moment, ce qui rend tout investissement dans un projet à moyen et long terme aléatoire. Seul le moment présent compte. Cette incertitude est exacerbée, nous disent les professionnels du SSIRA, par les interrogatoires administratifs répétés auxquels les requérants sont soumis.

L'interdiction au travail qui frappe les requérants est difficile à vivre, elle déstructure l'individu et contribue à la perte de l'estime de lui-même. Ce sont les hommes qui en souffrent le plus, ils se voient privés de leur rôle instrumental dans la famille et de leur principale source de reconnaissance sociale. Les femmes, quant à elles, continuent à assumer les tâches domestiques et, si elles ont des enfants, des tâches éducatives. On peut donc imaginer qu'elles ont d'autres sources de reconnaissance sociale.

Pour tous les requérants, l'interdiction de travail va de pair avec la dépendance financière qu'un infirmier dénonce ainsi :

Tout le système d'assistance auquel les requérants sont soumis... crée la dépendance et démotive les requérants à se prendre en charge.

Comment, dans ces conditions, motiver les requérants à s'assumer seuls alors qu'ils dépendent largement de l'Etat qui leur octroie de faibles moyens financiers et leur assigne un logement parfois à la limite de la décence ? Voilà des questions que les infirmiers se posent.

Les conditions de logement dans les centres d'hébergement obligent les requérants à une promiscuité qui engendre souvent de l'insécurité et de la violence surtout à l'égard des femmes. Pour l'ensemble du personnel du SSIRA, l'ambiguïté de la politique d'asile atteint son paroxysme quand les requérants sont logés dans des abris de la protection civile : ils ont bien un toit pour dormir, mais sont à la rue de six heures le matin à dix-huit heures le soir, quels que soient le temps et la température extérieurs.

Quelques-uns des requérants, nous disent les infirmiers, se montrent très exigeants : ils ont choisi la Suisse pour la qualité de son système de santé qui, à leur avis, devrait les remettre en pleine forme. Les souffrances endurées et la richesse du pays d'accueil devraient, à leurs yeux, justifier de soins globaux et sans restriction. Ils s'attribuent cependant des droits qui vont au-delà de ceux qui leur sont reconnus. Ces situations, si elles existent, semblent rares.

Il y a des requérants qui pensent que le système de santé doit tout leur offrir, les remettre en forme.

Ou encore :

Certains requérants se comportent comme des assistés et pour ceux-là, on ne peut rien faire.

Il s'agit de repérer ces situations et de rappeler à ces patients les limites du cadre dans lequel ils sont appelés à vivre.

La majorité des infirmiers parle des différentes facettes de la précarité. La plupart sont conscients de l'interdépendance étroite qui existe entre précarité et maladie. La nature des réponses que les professionnels proposent a souvent un rapport avec les représentations qu'elles se font de la précarité et du statut de requérant.

#### *Interventions infirmières : réponses aux problèmes de précarité*

L'intervention infirmière est liée à la représentation que les professionnels se font de la capacité du requérant à influencer ou non sur la précarité. Cette capacité se rapproche de ce que J.-L. Beauvois (1984) nomme la norme d'internalité<sup>28</sup>. Cette norme repose sur la conviction que les individus sont maîtres de leur destin et responsables de leurs actes. A partir de ces éléments, nous avons dégagé quatre types d'interventions et les avons croisées avec les réponses des infirmières :

1. L'impuissance : où la norme d'internalité n'a pas de sens puisque l'individu n'a pas de pouvoir sur la précarité et qu'il ne peut que la subir.
2. L'agir : les professionnels convoquent la norme d'internalité des requérants pour les inciter à agir en investissant le présent et en s'engageant dans des actions concrètes.
3. Le support psychologique : la norme d'internalité qui est visée ici se situe non plus au niveau de la maîtrise de ses actions, mais de ses pensées : le requérant est appelé à surmonter ses difficultés. Les stratégies de support psychologique sont alors superposables à celles que nous avons décrites dans les interventions en santé mentale, sauf sur un point que nous développerons. Le support psychologique peut être un adjuvant à l'agir ou représenter le seul moyen de s'en sortir. Dans ce dernier cas, les professionnels « psychologisent » la précarité.
4. L'ancrage dans les ressources personnelles : la norme d'internalité fait appel non seulement à la maîtrise des difficultés, mais à la maîtrise de celles-ci grâce aux ressources personnelles de l'individu. La précarité est une réalité que le requérant peut dépasser pour autant qu'on valorise ses potentialités individuelles qui lui permettront de surmonter ses difficultés.

#### *L'impuissance*

Seul un petit nombre de professionnels se considère impuissant face à la précarité, dimension sur laquelle ils pensent que les requérants n'ont aucune action. Force alors est de constater que l'individu est contraint à vivre avec ses problèmes même si, par moments, il peut ressentir un léger mieux-être. Mais celui-là ne peut être que ponctuel, tôt ou tard, la souffrance resurgira puisque la précarité subsiste. Une infirmière nous dit que :

Le requérant est condamné à rester dans son état, à ne pas vouloir apprendre la langue puisqu'il n'a aucune assurance de pouvoir utiliser ses connaissances et que ça ne lui servira peut-être même pas à s'intégrer en Suisse.

---

<sup>28</sup>La psychologie quotidienne. Paris : PUF, 1984.

Ou encore :

Je me sens impuissante... Ma seule possibilité est d'être empathique dans ces situations... On ne peut qu'écouter le requérant sans avoir les moyens d'intervenir, d'améliorer les conditions de vie pour les rendre plus décentes... Les requérants sont parfois admirables dans leurs capacités à supporter une réalité insupportable, c'est un peu comme s'ils finissaient par s'attacher à leur bourreau, à cette chienne de vie.

L'empathie est ici un pis-aller, elle ne permet pas de modifier les conditions de l'asile ou la perception qu'en a le requérant. Elle n'a d'autre fonction que de communiquer à autrui son admiration à endurer des conditions de vie insupportables.

Une des infirmières lie son impuissance au fait qu'elle n'est là « *que pour appliquer des règles qui changent tout le temps sans qu'on sache pourquoi* ». De plus, elle oppose un passé porteur d'espoir à un présent limitatif et inhumain :

Par le passé, il était par exemple possible d'obtenir des gardes pour les enfants des parents dépassés par leurs tâches éducatives, mais aujourd'hui, il n'existe plus de financement pour soulager les familles et les mères qui n'arrivent plus à assumer leurs enfants.

En résumé, l'impuissance est ressentie par les professionnels qui se voient dans l'impossibilité d'agir sur la précarité découlant de la politique d'asile. Cette impuissance, ils ne sont pas seuls à la ressentir, mais ils la partagent avec les requérants qui n'ont pas d'autre choix que de subir les événements et les répercussions de leur statut sur leur quotidien et de se soumettre au système. A notre avis, c'est un peu comme si les contraintes sociales, le collectif l'emportait sur l'individuel : l'individu n'a pas de prise sur ses conditions de vie, il n'a pas le sentiment de pouvoir influencer sur ce qui lui arrive et les professionnels sont donc réduits à l'impuissance. Ce n'est que le jour où le requérant aura un statut de réfugié, que son problème de santé disparaîtra ou tout au moins s'atténuera.

### *L'agir*

Ici, l'intervention consiste à agir, à se positionner dans le faire, la norme d'internalité implique la maîtrise par l'action. Si le patient se plaint, il est en droit d'obtenir une réponse à sa plainte et l'infirmier est là pour proposer une intervention ou en imaginer une avec son aide, indépendamment de l'interprétation qui est faite des raisons de la précarité et de son impact sur la santé du requérant.

L'action dans le domaine de la précarité vise principalement à encourager les requérants à investir le présent en menant des actions concrètes, en structurant leur temps, en travaillant, en apprenant le français et en se socialisant. Voilà comment un infirmier exprime son intervention :

Le rôle principal dans ces situations (précaires) est d'orienter les patients vers divers groupes pour l'aider à créer des contacts.

Si le requérant a la chance d'avoir un travail, ça lui permet souvent d'aller mieux, cette simple constatation suffit à faire valoir les bienfaits d'une activité professionnelle. Pour la plupart des professionnels, travailler représente le meilleur moyen de renforcer l'estime de soi et de

combattre l'ennui et la déprime, c'est pourquoi bien des professionnels du SSIRA ferment les yeux quand ils savent qu'un requérant travaille.

Pourtant, le travail ne fait pas toujours recette. Bien des infirmiers déplorent certaines des conditions de travail : abus des patrons qui emploient des requérants au noir, travail de nuit, éloignement du domicile... De plus, au niveau financier, une activité professionnelle à temps très partiel rapporte un salaire dont le montant sera déduit des allocations versées par la FAREAS, ce qui est décourageant et dissuasif :

Si un requérant se met à travailler, tout salaire aussi petit soit-il, diminue d'autant son allocation financière. Ce système crée la dépendance et démotive les requérants à se prendre en charge eux-mêmes. Ils sont dans un système de double contrainte qui les pousse à rester dépendants et à ne rien faire.

Au vu des conditions de travail qui sont faites aux requérants, de nombreux infirmiers leur expliquent quels sont leurs droits et devoirs pour qu'ils soient mieux à même de se défendre. Ils le font pour suppléer au rôle des travailleurs sociaux de la FAREAS qui manquent de temps pour le faire. Une infirmière nous dit qu'elle :

Informe le patient de ses droits comme travailleur, ceci dans le but de limiter les abus liés à l'exploitation de ces travailleurs clandestins.

Les cours de français et l'appartenance à un groupe sont parmi les meilleurs moyens, disent les professionnels, de socialiser les requérants, de structurer le temps et d'éviter l'isolement. La socialisation des requérants est une préoccupation constante des infirmiers dont un des objectifs prioritaires est de faciliter leur intégration sociale.

A ce titre, l'apprentissage du français est un moyen d'intégration indéniable, ce qui fait dire à certains professionnels qu'il faudrait le rendre obligatoire. L'autre moyen que les infirmiers privilégient dans ce sens est d'encourager les requérants à faire partie d'associations, de groupes d'échanges ou de groupes sportifs. A cet effet, ils disposent de listes d'adresses.

Pour certains professionnels, il s'agirait aussi d'aider les requérants à organiser leur quotidien et à promouvoir des activités collectives dans les centres d'hébergement. L'expérience du jardin collectif du centre de Ropraz leur semble exemplaire : des requérantes se sont en effet organisées pour cultiver un jardin potager.

Au vu des moyens financiers très restreints des requérants, les infirmiers disposent de listes d'adresses où les requérants peuvent acheter des produits bon marché : alimentation, habits, produits de consommation courante.

**De notre point de vue**, quand la norme d'internalité est synonyme de maîtrise par l'action, le rôle des infirmiers consiste alors à inciter les requérants à mener des activités concrètes organisées par d'autres acteurs qu'eux et non pas à organiser, en coopération avec les requérants, des activités. C'est un peu comme si les infirmiers ne s'autorisaient pas à s'impliquer dans l'action, ce qui peut s'expliquer de différentes manières. Ils ne donnent pas ou ils n'ont pas l'autorisation de se consacrer à des activités en-dehors de la permanence : ils ne se reconnaissent pas de rôle dans ce domaine ou l'institution ne leur en reconnaît pas.

Accomplir des activités, agir avec son corps seraient, à notre avis, des moyens de dépasser le sentiment d'inutilité et le manque d'estime de soi. Mais pour que les infirmiers puissent initier eux-mêmes des activités en collaboration avec les requérants, il faudrait que le SSIRA, en tant qu'institution légitime le lien entre l'activité et le mieux-être des requérants et qu'il définisse des plages de temps réservées à cet effet.

*Spécificités du support psychologique dans le domaine de la précarité : le rappel des contraintes de l'asile*

Quelques-uns des professionnels du SSIRA se sentent chargés de rappeler aux requérants les conditions de l'asile, c'est-à-dire les droits et devoirs liés au statut. Un des infirmiers nous a dit :

Il s'agit plutôt de faire comprendre aux gens qu'il existe des règles auxquelles on est soumis et sur lesquelles on n'a pas le pouvoir d'agir qu'on soit infirmier ou requérant. Les règles n'existent pas seulement ici. Ce sens des réalités, les requérants doivent s'en souvenir parce qu'ils vont, pour la plupart d'entre eux, devoir rentrer chez eux.

Il est parfois nécessaire de rappeler aux requérants que le retour au pays d'origine est et reste le lot de la plupart d'entre eux et de préciser les limites de l'asile. Cette stratégie est surtout utilisée à l'égard de patients qui ont tendance, selon les infirmiers, à exiger plus que ce qu'ils peuvent s'attendre à recevoir. Il s'agit donc de préciser les contraintes du cadre.

*L'ancrage sur les ressources du requérant*

Pour une partie des infirmiers, l'important est de mettre en exergue les ressources du patient, de les valoriser et d'ancrer leur intervention sur celles-ci évitant ainsi de se focaliser sur les difficultés. Le requérant est alors invité à être sujet de ses soins et de son destin, à repérer la marge de manœuvre dont il dispose. Il ne s'agit pas de nier les difficultés de l'asile, mais de faire du séjour en Suisse une expérience de vie qui ne sera pas une parenthèse dans leur vie, mais qui participera de la construction de leur trajectoire de vie. Une infirmière nous a dit :

Le parcours de requérants, mais aussi le fait d'avoir pris la décision de quitter son pays... c'est déjà une preuve des ressources d'une personne, les difficultés de ce parcours peuvent être rappelées au requérant et lui servir de moteur dans des moments difficiles.

Cette affirmation est reprise par plusieurs infirmiers. Elle semble servir aux professionnels de rappel de la capacité des requérants à faire face à leurs problèmes. S'ils ont réussi à venir en Suisse, c'est qu'ils ont un potentiel de résilience sur lequel il est possible de s'appuyer pour trouver des solutions aux problèmes.

Dans ce cas de figure, l'interaction entre soignants et patients se fait sous le sceau de l'échange où chaque partenaire a un rôle à jouer dans la recherche et la mise sur pied de solutions. Une équivalence des termes de l'échange n'est pas à proprement parler recherchée, mais il s'agit d'offrir l'occasion aux requérants non seulement de recevoir, mais aussi de donner, telle cette infirmière qui nous dit :

Il est important de donner au requérant la possibilité d'offrir quelque chose à l'infirmière, par exemple un café.

Ce qui est recherché, c'est une forme de réciprocité qui montre au requérant qu'il n'est pas seulement un malade, mais qu'on « *s'intéresse à lui en tant qu'être humain* ». Cette incitation à des formes de réciprocité vise à maintenir ou renforcer la dignité humaine des requérants. Ce que les professionnels veulent privilégier, c'est le don et le contre-don.

La norme d'internalité ne se limite pas à surmonter les difficultés, mais plutôt à rendre l'individu attentif à ses potentialités qui lui permettront ensuite de maîtriser ses difficultés.

*La précarité, une problématique sociale : quelle répartition de ce champ d'intervention entre infirmiers et acteurs sociaux ?*

La précarité est une conséquence du statut de requérant défini par la politique d'asile. C'est donc une problématique qui appartient clairement au champ social. Se pose alors la question de la répartition de ce champ d'intervention entre les acteurs sociaux (assistants et secrétaires) et les infirmiers. Comment cette répartition entre ces deux professions se régule-t-elle ? Comment les infirmiers légitiment-ils leur intervention ? N'ayant interrogé que des infirmiers, nous ne pourrions évoquer que leur point de vue.

L'intervention sur la précarité, pour de nombreux infirmiers, n'a de sens que s'il existe des « répercussions sur la santé des problèmes sociaux ». Les infirmiers tirent leur légitimité d'intervention en se référant à ces répercussions. Si un requérant, par exemple, voit son permis de séjour arrivé à échéance et qu'il se met à déprimer, alors l'infirmier s'occupera de sa déprime, de ses troubles gastriques ou de ses maux de tête et, dans le domaine social, lui indiquera comment s'y prendre pour prolonger son permis. Si la délimitation semble assez claire dans le discours, la frontière entre le social et la santé est souvent floue dans la pratique : il existe des zones de recouvrement entre la santé et le social et les problèmes sociaux et sanitaires sont souvent intriqués, voire indissociables.

Les problèmes de précarité, nous dit un infirmier, sont une zone grise entre les assistants sociaux et les infirmiers et il s'agit d'établir une collaboration intense entre eux... puisque les assistants sociaux qui sont dans les centres d'hébergement connaissent mieux les requérants que les infirmiers.

Dans ce sens, l'apport des assistants sociaux est incontestable. Ils connaissent les requérants dans leur cadre de vie quotidien, ce qui peut parfois aider à préciser la nature des problèmes.

La plupart des infirmiers reconnaissent cependant que les questions liées au logement, à la gestion de l'argent, aux démarches d'obtention du permis sont spécifiquement de la responsabilité des assistants sociaux pour autant que ceux-ci aient le temps et la reconnaissance institutionnelle suffisante pour y répondre. Un infirmier nous en parle comme suit :

L'infirmier répond souvent lui-même aux problèmes sociaux et financiers par défaillance du système.

La perception que les infirmiers ont de leur complémentarité par rapport aux travailleurs sociaux peut revêtir des formes diverses. Ils sont :

- Des plaques-tournantes : pour ces infirmiers, chacun a son domaine d'intervention et les rôles ne sont pas interchangeables. L'infirmier dirige le requérant vers les ressources du système, il « *parle des demandes sociales avec le requérant qui est ensuite prié d'en parler avec l'assistant social* ». L'important ici est de s'assurer que le patient sache où s'adresser pour régler son problème et non pas d'entrer en matière avec lui sur le problème lui-même.
- Des intermédiaires entre les acteurs sociaux et les requérants : c'est le relais qui est établi entre les infirmiers et les travailleurs sociaux qui importe. De la qualité de cet échange dépendra la pertinence de la prise en charge. Echanger permet de mettre en commun les informations dont chaque professionnel dispose et parfois de penser des solutions alternatives qui, du fait de la complémentarité des compétences, ont plus de chance de se révéler pertinentes. Certains infirmiers font l'intermédiaire entre les requérants et les acteurs sociaux pour faire part de leurs observations ou faciliter les contacts entre les requérants et certains acteurs sociaux.
- Des substituts des travailleurs sociaux : les travailleurs sociaux étant surchargés, il faut parfois jouer leur rôle et devenir des défenseurs des droits de l'individu. Voilà ce qu'en dit une infirmière :
  - Je joue parfois à l'assistante sociale en informant le patient de ses droits comme travailleur...
  - Dans ce sens, l'infirmière pallie aux insuffisances du service social de la FAREAS dont les assistants sociaux sont débordés et ont à peine le temps de faire les démarches administratives qui leur sont confiées.
- Des avocats : certains infirmiers, soucieux que tous les requérants soient traités sur un pied d'égalité, vont tenter de clarifier les zones d'ombres ou de défendre la position des requérants quand ceux-ci ne parviennent pas à se faire entendre d'un travailleur social.

De notre point de vue, si les infirmiers légitiment leur intervention dans le champ social par les incidences de la précarité sur la santé, ils le font au nom de leur conception bio-psycho-sociale de la santé. S'ils interviennent dans d'autres zones du champ social, c'est conjoncturel et lié aux fortes restrictions budgétaires subies par la FAREAS au cours de ces dernières années. Ce type d'intervention est une manière de préserver aux requérants les prestations sociales dont ils auraient bénéficié dans les périodes de meilleure conjoncture.

Dans le champ social, c'est la dimension sociale de la santé qui justifie l'intervention des infirmiers qui, par ailleurs, ne développent pas forcément eux-mêmes des stratégies d'intervention au niveau social comme c'est le cas dans le modèle de l'agir. Les professionnels hésitent constamment entre une « psychologisation » ou une « sociologisation » de la précarité, avec une préférence, pour nombre d'entre eux, pour une « psychologisation » des problèmes, mode d'explication dont ils se sentent généralement plus proches et surtout plus familiers.

L'hétérogénéité des perceptions de la précarité et des interventions dans ce domaine donne des ouvertures pour penser des stratégies d'intervention plus étayées. Pour les penser, il s'agit de se poser quelques questions préalables. Comment les interventions infirmières dans le champ social peuvent-elles être modélisées et avoir un ancrage théorique plus étayé ? Comment traiter la précarité ? Faut-il se limiter à traiter ses effets ? Et quels effets faut-il a priori traiter ? Les effets sur l'estime de soi, le sentiment d'inutilité, l'absence de liens sociaux, le manque de structuration du temps ou de choix lié entre autre au manque de ressources financières ? Et pour lesquels de ces effets les infirmiers vont-ils construire des solutions au vu de la politique d'asile et des ressources budgétaires que la Suisse est prête à

allouer ? Les infirmiers sont-ils à même de penser ces solutions seuls ou ont-ils besoin d'appui pour développer leurs interventions dans ce domaine et pour les adapter aux problématiques auxquelles ils souhaitent offrir des réponses ?

Enfin, la consultation est-elle propice au développement de stratégies d'accompagnement des patients, à la structuration de leur temps, à la création de liens sociaux... ? Faudrait-il intensifier par exemple les prises en charge de groupes de requérants dans leur lieu d'hébergement ? Mais alors comment l'institution gèrera-t-elle et organisera-t-elle le temps des infirmiers et la répartition des lieux d'intervention ? Autant de questions auxquelles nous ne pouvons répondre, mais qui permettraient de préciser le rôle des soignants dans le domaine de la précarité et de rendre les solutions plus pertinentes et plus proches des principes prônés par la santé communautaire.

Un dernier point à explorer dans ce chapitre est le type de participation de l'environnement humain du patient.

### **2.2.5 Santé des requérants d'asile et ressources familiales et sociales**

Notre questionnement auprès des infirmiers concernait le souhait d'identifier la manière dont les requérants se prenaient en mains pour aller mieux. Pour beaucoup d'entre eux, les requérants se positionnent davantage comme objets et que comme sujets de leurs soins, surtout à leur arrivée en Suisse : ils attendent des professionnels un avis d'expert qu'ils suivent sans discuter. Voilà ce que nous en disent ces infirmiers :

Les patients ne font pas grand chose pour aller mieux.

Ou encore :

Ils font les choses qu'on leur dit de faire.

Plusieurs infirmiers nous ont dit que les requérants ne se faisaient pas suffisamment confiance pour imaginer qu'ils puissent être capables de mener eux-mêmes une action pour aller mieux. Parmi les moyens mobilisés par les requérants pour aller mieux, il nous a été cité parmi les plus fréquents : regarder la télévision, écouter la radio, rêver.

En dehors des ressources propres aux requérants, les professionnels nous parlent des appuis qu'ils peuvent trouver ou non pour aller mieux, que ce soit dans la communauté ou auprès des leurs.

La solidarité entre requérants est plutôt exceptionnelle, disent les infirmiers, sauf quand il s'agit de « se refiler des médicaments » ou de se les vendre entre eux. Voilà ce que dit un infirmier des relations qui existent entre les requérants :

Au centre d'hébergement, les requérants sont très peu solidaires entre eux par la disparité des nationalités, c'est incroyable comme les gens peuvent se bagarrer pour une question de nationalité différente.



Les Kosovars font figure d'exception et sont plusieurs fois cités comme une communauté où le soutien entre membres est réel : une aide très concrète pour trouver du travail ou pour d'autres raisons est apportée, tel que l'exprime cet infirmier :

On voit bien tous ces liens de solidarité dans les clans kosovars par exemple ; s'il y en a un qui a un problème, il y a tout le groupe qui vient à son secours, il y a des espèces de stratégies qui se mettent en place pour protéger un individu du groupe.

Des infirmiers disent que les ressources du patient varient beaucoup en fonction de la présence ou non de la famille en Suisse et de sa capacité ou non à soutenir ses membres. C'est dans les groupes de discussion focalisée que la question de la famille a été le plus largement développée.

#### *La participation de la famille dans les groupes de discussion focalisée*

Dans les groupes de discussion focalisée, nous avons demandé aux infirmiers comment ils faisaient pour solliciter la participation de la famille à la prise en charge des patients, thème récurrent des politiques sanitaires et sociales et inscrit dans différents textes légaux.

La plus grande partie des soignants pense que la famille est une ressource en filigrane qu'il faut solliciter avec modération. Ils la soupçonnent de ne pas être suffisamment adéquate pour soutenir ses membres et pour participer aux soins. Ils craignent que la famille ne prenne pas suffisamment en compte les intérêts du patient et ne comprennent pas bien son problème. Leur expérience les rend méfiants face à la famille à l'instar de cette infirmière qui dit :

La famille n'est pas une ressource, c'est toujours le problème homme-femme, de pouvoir, donc c'est plutôt un problème. Mais peut-être que les gens qui ont la famille comme ressource ne viennent pas ici (au SSIRA).

D'un point de vue formel, chaque dossier de requérant contient un génogramme qui permet d'identifier la composition de la famille ainsi que la nature des liens entre ses membres, mais son utilité dans l'intervention fait partie de l'impensé de la pratique infirmière, à l'instar de ce que dit cette infirmière :

Il est vrai qu'il est rare que les professionnels décident si la participation de la famille est souhaitée ou non, ils ne négocient pas non plus avec les patients ce qu'ils désirent, ce sont davantage les circonstances et les opportunités qui s'imposent à eux et aux patients.

L'impensé existe aussi quand le patient vient à la consultation accompagné de sa famille et que celle-ci impose sa présence sans la discuter préalablement avec les professionnels.

Certains professionnels ont un discours plus construit sur la participation de la famille aux soins et nous disent que la famille est invitée à participer quand le problème du patient a des répercussions sur elle ou qu'elle est à l'origine de celui-ci comme l'explique cet infirmier :

Pour moi, il y a deux axes : quand mon diagnostic est simple, par exemple douleur à un bras car un enfant est tombé, un ongle incarné, là je ne fais pas intervenir la famille, ni franchement l'environnement ; c'est un traitement simple, direct, focalisé, sur le problème montré. Le deuxième axe, c'est toutes les autres pathologies qu'on décèle, qui ont soit un impact sur l'environnement et la famille, soit la famille ou l'environnement a été un élément déclencheur sur ce problème, par exemple un état dépressif, donc l'état dépressif provoque chez la famille

des problèmes dans la famille, ou la famille elle, ou l'environnement, est le déclencheur du problème de dépression, de céphalée, de lombalgie. Voilà. Y'a deux axes, ou bien on focalise directement sur le problème sans chercher franchement ailleurs, ou bien on prend l'ailleurs pour résoudre le problème.

La famille sert parfois de support psychologique pour un patient, les expériences que les infirmiers nous relatent montrent que ce support est souvent ponctuel et que sa durée est incertaine. Le support peut à tout moment être compromis par la décompensation d'un autre membre de la famille, ce qui fait dire aux infirmiers qu'il est peu fiable et qu'il peut être risqué de compter là-dessus.

Par ailleurs, prendre en charge des problématiques familiales dont la complexité est souvent grande et faciliter le support d'un patient par sa famille nécessiterait davantage de temps que le temps restreint des consultations. De plus, disent les infirmiers, les compétences leur manquent pour affronter les drames, conflits et violences familiaux. Ils ne savent pas comment s'y prendre, ni à qui s'adresser pour partager leurs préoccupations. Enfin, prendre en charge des familles n'est pas de leur ressort, mais de celui d'Appartenances et de ceux qui ont une formation spécifique dans ce domaine.

Ce qui frappe tout de même quelques infirmiers, c'est le « *peu de familles qui éclatent alors même que les occasions de se déchirer ne manquent pas* ». N'est-ce pas un signe que les familles sont davantage une ressource qu'il n'y paraît ? En effet, certains infirmiers voient une série d'avantages à la famille, telle cette infirmière qui dit :

La famille est une espèce de filet de sécurité... ou alors même financier, parce que je crois, qu'il y a un devoir de solidarité entre les membres de famille par rapport à l'asile, ce qui fait que la famille est souvent sollicitée soit pour accueillir des gens dans leur appartement, ou même peut-être apporter une aide financière d'une manière ou d'une autre. Et je pense que c'est surtout là que les familles sont présentes et les communautés s'organisent assez bien entre elles en général. Nous, pour demander qu'ils soient intervenants dans la famille, il faut quand même des situations bien spécifiques.

Là où les professionnels sont quasi unanimes sur la participation de la famille, c'est dans les situations où le patient ne sait pas suffisamment le français pour expliquer lui-même son problème de santé. La famille, mais plus particulièrement les enfants et les adolescents qui apprennent plus vite le français que les adultes, vont participer à la prise en charge en assurant la traduction auprès des administrations, des professionnels de la santé...

Mais clarifier un problème de santé d'un adulte avec l'aide d'un enfant est une solution à double tranchant : si le problème de santé est simple, c'est un avantage indéniable. Si le problème touche à la sphère intime du parent, s'il est déprimé, s'il a des problèmes psychologiques, la situation se complique. Les parents en viennent parfois à oublier les barrières intergénérationnelles, disent les infirmiers, et à parler de questions personnelles qu'ils n'auraient pas abordées devant leurs enfants s'ils avaient été chez eux. Voilà ce qu'en dit une infirmière :

On ne peut pas investir sur un enfant, on ne peut pas aller mettre le poids encore sur l'enfant de soutenir sa mère, de soutenir son père et là, bon ça se fait déjà quasi automatiquement au sein de la famille des requérants, je veux dire l'enfant c'est celui qui traduit, celui qu'on prend

avec pour venir aux consultations, pour traduire ce que maman a comme maladie... et ça c'est pas normal, et donc... effectivement, le père, la mère, les frères et sœurs qui sont plus grands ressentent exactement ce même mal-être, de toujours être sur le fil du rasoir.

Si les infirmiers s'aperçoivent que les problèmes des parents sont trop intimes ou trop lourds pour les enfants, ils proposent alors une nouvelle consultation au patient en présence d'un traducteur officiel qui n'a rien à voir avec la famille.

L'absence de famille correspond souvent, aux dires du personnel du SSIRA, à une perte des garde-fous des valeurs, tel ce que nous en dit cette infirmière :

Les requérants jeunes et célibataires de 17-18 ans ont pas à se dire, tiens si je prends telle décision, quel impact cela va avoir sur ceux qui sont derrière moi ou à côté de moi, évidemment ils s'en foutent parce qu'ils sont tout seuls. Donc c'est vrai qu'il y en a qui prennent des décisions qui sont quelque peu inconsidérées. Ils prennent des risques, énormément de risques. C'est le détachement qu'ils ont fait déjà de leur famille, c'est ça aussi qui leur a permis de venir ici. C'est ce côté-là aussi. J'ai quelqu'un justement qui se débrouille seul, enfin moi j'ai peut-être tendance à valoriser aussi cette force qu'il a fallu pour venir seul jusqu'ici et continuer seul.

Mais être obligé de se débrouiller seul, de compter uniquement sur soi peut aussi être une manière d'aller de l'avant et de ne pas s'attarder sur ce qui ne va pas, tels les propos de cette infirmière :

Il y a des gens qui me disaient encore la semaine passée, ou cette semaine, je vais pas bien mais si je craque, il n'y a personne derrière moi, donc je suis obligé d'aller bien.

L'impression que nous ont transmise les professionnels, c'est qu'il était aussi difficile de faire confiance à la famille et de trouver la bonne distance par rapport à l'ensemble de ses membres.

**En conclusion de ce point**, même si les infirmiers disent avoir appris comment intégrer la famille dans les prises en charge, ils ont l'impression qu'ils ne sont pas toujours en mesure d'appliquer ce qui leur a été enseigné et la participation de la famille reste de l'ordre de l'impensé. En effet, quand les chercheurs ont posé des questions sur la participation de la famille, la plupart des infirmiers étaient pris de cours et s'efforçaient plutôt d'imaginer ce que les patients pourraient souhaiter dans ce domaine que de nous rapporter les propos des patients.

La participation de l'entourage aux prises en charge des patients est marquée du sceau de la suspicion, la famille étant considérée comme pouvant à tout moment devenir un élément perturbateur. Il faut faire avec elle quand elle s'impose dans la relation de soins ou quand le patient en fait la demande expresse. La famille ne semble le plus souvent pas sollicitée pour participer ou co-construire l'analyse de la situation, ni les mesures thérapeutiques à l'égard des patients.

Comme les situations que traitent les infirmiers ne posent qu'exceptionnellement la question de la dépendance physique du patient, la question des solidarités familiales pour l'octroi des soins ne se pose pas. Cette solidarité prônée par la santé communautaire n'a donc pas cours.

C'est cependant principalement dans son rôle de support social et psychologique qu'elle est convoquée et qu'il serait nécessaire de préciser les différents cas de figure où la famille pourrait ou non être sollicitée.

Par contre, dans un contexte de contraintes budgétaires de plus en plus importantes, le SSIRA aurait tout intérêt à penser le rôle de la famille pour la rendre le plus autonome dans la prise en charge des maladies bénignes.

La participation de la famille semble le plus souvent ne pas avoir fait l'objet d'une décision consciente de la part des professionnels du SSIRA et relever davantage de l'omission que d'une décision délibérée. Cet impensé nous semble aller à l'encontre de ce que prône la santé communautaire qui fait de la famille un support à privilégier. Dans ce sens, le SSIRA aurait à se positionner clairement et à expliciter les raisons de la prise en compte ou non des proches dans l'analyse de la situation et la prise en charge des patients. Veut-il ou non valoriser la participation des proches, si oui, dans quelles circonstances et pour quelles raisons et quelles pourraient être les modalités de cette participation ? Autant de questions auxquelles il serait souhaitable de donner des réponses.

## **2.2.6 Synthèse**

Du point de vue structurel, l'Etat de Vaud a fait du SSIRA une instance de premier recours pour les problèmes de santé des requérants. Ce service fonctionne sur le principe du double gatekeeping dans lequel tout patient consulte premièrement un infirmier du SSIRA, puis ensuite un médecin généraliste de premier recours avant d'aller chez un spécialiste si cela s'avère nécessaire. Ce système garantit l'accessibilité économique et surtout sociale aux requérants qui se trouvent face à des professionnels intéressés et formés à l'interculturalité.

Les infirmiers du SSIRA, soucieux d'égalité de traitement entre les requérants et les Suisses et poussés par les pratiques des requérants qui, après un certain temps passé en Suisse, ne viennent au SSIRA que pour obtenir des bons de délégation, interprètent le gatekeeping comme une mesure transitoire dont la visée première n'est pas économique, mais pédagogique. Dans cette perspective, ils jouent un rôle de guidance stimulant les requérants à passer de la dépendance à l'autonomisation dans le repérage des modes d'organisation et de dispensation des soins du système de santé vaudois.

Les modalités d'organisation encouragées par la PMU font de la permanence et de ses consultations courtes le mode de consultation privilégié, ce qui renforce encore la présence de la biomédecine sur l'approche psycho-sociale qui nécessite des consultations longues pour exister. De plus, l'introduction du double gatekeeping au FARMED accentue encore ce mouvement puisque, d'une part, les MPR ne paraissent souvent pas mieux formés dans le domaine psycho-social et que les infirmiers et que, d'autre part, le secteur psychiatrique et surtout ethno-psychiatrique est submergé de demandes. D'autres solutions que le double gatekeeping devraient être pensées pour résoudre les problématiques psycho-sociales des patients du SSIRA.

La pertinence du double gatekeeping ne va pas de soi. Ses risques qui prévoient un passage chez le MPR avant d'aller en consultation psychiatrique ou ethno-psychiatrique sont une

« biologisation » des problèmes psychologiques et un surcoût en raison des frais occasionnés par la consultation du MPR.

Le changement d'appartenance institutionnelle du SSIRA offre d'abord une reconnaissance sociale plus avantageuse au vu de l'appartenance universitaire et médicale de la PMU. De plus, il fait émerger des proximités de champs d'intervention et de population différents. Du temps de la FAREAS, les professionnels de la santé et du social s'occupaient des mêmes RA leur assurant une continuité de la prise en charge sur les plans sanitaire et social. Aujourd'hui, avec la PMU, le SSIRA partage un même champ d'intervention, celui de la santé et des soins ; tous deux s'adressent à des populations défavorisées. Le SSIRA se centrant exclusivement sur les RA alors que la PMU dessert une population défavorisée plus large. La continuité de la prise en charge entre le sanitaire et le social est cependant moins grande. La question de l'interculturalité ne semble pas jouer un rôle important dans le changement d'appartenance institutionnelle, elle semble faire partie de l'impensé des professionnels, mais peut-être aussi des institutions elles-mêmes.

Le SSIRA s'appuie sur un réseau de médecins et d'institutions de soins pour répondre aux problèmes de santé plus complexes des patients. Leur fonctionnement repose sur la délégation et favorise la juxtaposition des interventions plutôt que la coopération et la concertation. Deux éléments sont là pour confirmer cette hypothèse : d'une part, les infirmiers relèvent que la fiche de liaison est unidirectionnelle et que les informations vont d'eux aux MPR sans que la réciproque soit automatique. D'autre part, la PMU a rebaptisé la fiche de liaison en bon de délégation.

Jusqu'au moment de notre enquête, les infirmiers ont développé leurs propres démarches d'analyse des situations et leurs propres conceptions de prise en charge au vu de l'inexistence de cadres généraux explicités par les institutions successives auxquelles ils appartenaient. Les modèles qu'ils ont cependant développés et que notre étude a pu mettre en évidence sont suffisamment étoffés et précis. Ces modèles nous permettent aujourd'hui d'élaborer des conceptions de prise en charge qui tiennent à la fois compte des missions du SSIRA et des différentes familles de problématiques de santé que les requérants posent. Ils tiennent également compte de leur appropriation de leurs problèmes de santé et de leurs modalités de recouvrement de la santé.

La conception de la prise en charge des problèmes de santé des RA par les infirmiers fait l'objet d'un consensus : la prise en charge est bio-psycho-sociale et repose sur les dimensions de la santé définies par l'OMS. En dehors de ce consensus, les infirmiers prônent des démarches de soins proches de celles observées dans les centres de douleur interdisciplinaire qui hiérarchisent ou non ces trois dimensions entre elles et qui font de l'infirmier un directeur ou un partenaire de la démarche d'investigation ou encore un partenaire aussi bien de la démarche d'investigation que de la définition du problème.

Dans le domaine de l'intervention, les infirmiers parlent de leur conception de prise en charge dont on retrouve les traces dans les différentes modalités de coopération qui vont du modèle paternaliste, en passant par un modèle centré sur la persuasion et enfin sur la négociation.

Le modèle paternaliste fait de l'infirmier un expert légitimé par sa compétence et dont la responsabilité est de prendre des décisions sur les mesures thérapeutiques à mettre en place.

Le patient les appliquera alors sans les discuter. Le modèle basé sur la persuasion attribue au professionnel un rôle de séducteur qui, par des stratégies informatives et éducatives, cherche à convaincre le patient que le mieux pour lui est d'adopter les comportements les plus favorables à l'amélioration de sa santé. Enfin, le modèle centré sur la négociation fait de l'usager et de l'infirmier des partenaires qui coopèrent pour identifier le meilleur traitement non seulement aux yeux du soignant, mais encore à ceux du patient. Dans ce dernier modèle, la responsabilité est partagée entre professionnels et patients.

Quand il s'agit de problèmes plus clairement psychologiques, le personnel du SSIRA offre au minimum une écoute passive, une oreille attentive, mais aussi d'autres modalités de prises en charge. Mais ce dont se plaignent le plus les infirmiers dans ce domaine, c'est d'un manque de compétences que certains souhaiteraient combler par une formation plus approfondie, d'autres par l'accessibilité à des référents capables de les aider à intervenir et les derniers pensent que le feeling et l'intuition, mais aussi le bon sens, sont leur apanage et leur spécificité. Une prise de position commune devrait être dégagée pour décider des moyens à mettre en place pour faciliter la prise en charge de ces problématiques qui sont très fréquentes au SSIRA.

Quant à la précarité indissociable du statut de requérant, elle apparaît clairement associée à toute une série de problématiques de santé dont l'estime de soi est fortement mise à mal. Le personnel du SSIRA privilégie souvent une explication « psychologisante » du problème de santé plutôt qu'une explication « sociologisante ». S'ils optent pour cette dernière explication, soit ils se sentent impuissants par absence d'emprise sur la cause du problème, soit ils sont enclins à faciliter l'intégration des requérants qui se disent clairement prêts à rester en Suisse, ce qui les met en porte-à-faux avec la politique d'asile, soit encore ils facilitent la reconnaissance par le requérant de sa marge de manœuvre. S'ils optent pour une explication « psychologisante », ils privilégient les approches psychologiques, la socialisation et la structuration du temps.

Enfin, les requérants, disent les professionnels, peinent à se situer en tant qu'acteurs de leur vie quand ils arrivent en Suisse : ils accordent peu de crédit à leurs propres ressources pour aller mieux et ont tendance à attendre qu'on leur dise ce qu'il faut faire. La famille et les proches représentent parfois un support social pour ces patients, mais la précarité de cette ressource fait dire aux infirmiers qu'il vaut mieux rester réservé et ne pas trop compter dessus.

Si les interventions infirmières semblent assez bien formalisées dans l'ensemble, elles sont plus floues et de l'ordre de l'impensé dans le domaine psycho-social. Il en est de même de la participation de la famille à la prise en charge qui est pourtant un des thèmes de la santé communautaire.

Aujourd'hui, il serait souhaitable que chaque infirmier puisse se positionner en toute connaissance de cause par rapport aux différents modèles qui ont été mis en évidence au travers de cette étude. Il serait également souhaitable que le SSIRA se dote de lignes d'action directrices qui orientent le choix des interventions des professionnels et facilite l'intégration des nouveaux infirmiers. L'intérêt de cette enquête auprès des infirmiers, à notre avis, est d'avoir pu identifier et surtout expliciter des modes d'action différents et d'ouvrir des pistes de réflexion pour penser les pratiques professionnelles qu'il s'agira d'articuler avec les perceptions que les requérants ont des interventions qui leur sont adressées : la question de

l'appropriation par le requérant de son problème de santé et de ses modes de guérison nécessite d'être pensée dans tous les modèles proposés.

L'objet du prochain chapitre est de montrer comment, en matière de santé, les requérants d'asile perçoivent les interventions dont ils sont les bénéficiaires.





**3. Entre politiques migratoires et politiques de santé :  
les requérants d'asile**



### 3.1 Emigration et immigration : les trajectoires

Notre souci d'investiguer le lien existant entre la réalité actuelle des RA et leur vécu antérieur à la migration a amené nos interlocuteurs à nous rendre compte de parcours de vie souvent tragiques. La dimension personnelle des crises politiques majeures qui ont secoué les différents pays de provenance durant la dernière dizaine d'années se profile au travers de leurs récits. Loin des perspectives stratégique, politique et militaire des conflits armés et des tensions internes, ces récits sont un cumul de vécus singuliers donnant corps et chair aux horreurs des guerres, dans leurs signifiants individuel et familial. Sont évoqués ici des traumatismes de guerre et les souffrances psychiques qui les accompagnent, mais aussi des souffrances dues à la déstructuration de l'Etat, à l'appauvrissement global de la société que cela entraîne et notamment à l'incompétence des services de santé qui peuvent, en cas de maladie grave, devenir synonyme de danger de vie. Dans l'ensemble, les quarante-six entretiens menés dans le cadre de cette étude sont quarante-six reflets personnalisés de la réalité de crises politiques et de tensions internes ayant secoué plusieurs pays européens, africains et moyen orientaux durant la dizaine d'année écoulée, dont les trames événementielles sont bien connues et dûment documentées.

Nous relaterons ici les réponses qui nous ont été données par rapport aux questions relatives au « processus migratoire de la personne ». Cette thématique aborde les aspects suivants :

1. Les conditions de vie pré-migratoires, la situation du migrant avant son départ, les motifs de l'exil, les étapes de l'exode pour arriver jusqu'en Suisse ;
2. Les conditions post-migratoires, c'est-à-dire l'arrivée et l'accueil en Suisse, l'acclimatation, la familiarisation avec le système de santé.

Selon les récits qui nous sont faits, nous apportons en écho à ces témoignages des éléments d'analyse établis par des organisations de défense des droits de l'homme<sup>29</sup>, ceci afin de situer les événements auxquels nos interlocuteurs font référence dans leur contexte politique.

#### 3.1.1 Les motifs de l'exil

Les conditions pré-migratoires des RA ayant répondu à notre enquête sont marquées principalement par une situation de crise et d'incertitude, où les personnes se sont senties menacées dans leur intégrité physique ou psychique. Si ces menaces prennent des tournures différentes selon les pays et les régions concernées, dans tous les cas la décision de départ revêt un caractère imposé et contraint, que cela soit explicite ou implicite. Nous aborderons d'abord les situations vécues par des requérants en provenance d'Afrique de l'Est et de l'Ouest, puis des Balkans et enfin de ceux du Proche et Moyen Orient.

---

<sup>29</sup>Nous nous basons essentiellement sur les rapports de pays des quatre organisations suivantes :

- Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés ([www.osar.ch](http://www.osar.ch)).
- International Crisis Group ([www.crisisweb.org](http://www.crisisweb.org)).
- Amnesty International ([www.amnesty.org](http://www.amnesty.org)).
- Comité international de la Croix-Rouge ([www.cicr.org](http://www.cicr.org))

### ***Motifs économiques et guerres interethniques***

Guerre, persécutions interethniques et situation économique sont des causes de départ totalement imbriquées l'une dans l'autre. Elles figurent en première ligne des causes qui motivent les populations à s'enfuir. Celles-ci engendrent, comme nous allons le voir, leur lot de malheurs tels que disparition de proches, éclatement des cellules familiales, déplacements de populations civiles, perte d'emploi, destruction du logement, angoisse et maladie.

En Afrique, le démantèlement des structures étatiques se traduit par l'augmentation de la pauvreté, l'anéantissement des systèmes sanitaires, la corruption, les luttes intestines et interethniques, la crainte de se voir enrôlé de force dans des groupes armés, de se faire tuer, enlevé ou torturé par des groupes rebelles. Ce sont là autant de facteurs qui précarisent la situation de tout un chacun, en particulier lorsqu'on ne jouit pas d'un statut social puissant ou que les aléas de la guerre placent la personne dans le « mauvais » camp. Congo-Kinshasa, Sierra Leone, Cameroun, Erythrée, Ethiopie, Somalie résonnent en effet comme autant de pays dans lesquels l'instabilité engendrée par les conflits rend difficile toute perspective de reconstruction économique et sociale à plus ou moins long terme. Déjà fragilisés par le chaos politique, lorsque ces pays sont touchés par des catastrophes naturelles, les populations les plus pauvres se trouvent d'autant plus en situation de vulnérabilité. « *Tout se passe comme s'il n'y avait plus de "vie éthique" en Afrique* », écrit un politologue. Pour appuyer son observation, il note qu'il est révélateur que « *la notion même de bien public ait disparu des discours politiques et intellectuels* » (Tavares, 2004). Les infrastructures sont dévastées, les Etats paupérisés et endettés par des années de guerres violentes et confuses qui forment désormais un écheveau dense et difficile à démêler. Ces contraintes économiques, sociales et politiques laissent peu de choix aux populations civiles démunies. L'exil apparaît dès lors comme une issue prometteuse, sinon la moins dangereuse pour la survie du groupe familial. Parfois, seuls les plus jeunes la tente.

Les jours qui précèdent son départ, nous rapporte une personne en provenance de la Sierra Leone âgée de 20 ans [arrivé seul en Suisse], des groupes armés sillonnaient sa campagne en quête de vivres ou autres biens. Monsieur ignore l'appartenance de ces groupes. La moindre possession (vivres ou argent) justifie, dit-il, d'être sommé manu militari, à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, de remettre ses biens si l'on veut conserver la vie. Or « chez moi, tu tues ou tu es tué, voilà. »

Comme nombre de ses compatriotes qui ont suivi le chemin de l'exil, cette personne est totalement dépossédée et vulnérable.

Rappelons à ce propos que jusqu'en 2002, la Sierra Leone était plongée dans une guerre civile persistante depuis 1991 ; et les différents accords de « cessez-le-feu » imposé par les Nations Unies n'avaient jamais été respectés. Une amélioration est actuellement (2004) en vue, du fait notamment de l'effondrement du groupe armé RUF (*Revolutionary United Front*), ce qui a permis de mettre fin à l'état de guerre. Mais la situation humanitaire dans le pays est toujours préoccupante : « *Two third of Sierra Leone's population are thought to have been displaced during the ten-year civil war. Another 600'000 have become refugees in neighbouring countries* » (International Crisis Group, 2001). Selon des observateurs sur le terrain, jusqu'en 2001, le RUF continuait à « *enlever des villageois, femmes et enfants inclus, pour les utiliser*

*en tant que travailleurs forcés, soldats enfants et esclaves sexuels<sup>30</sup>* » (Kirchner, 2001). D'après les estimations des Nations Unies, près de 20'000 personnes ont été enlevées dans l'ensemble du pays entre 1991 et 1999 et selon le CICR<sup>31</sup>, des centaines d'enfants sont encore en 2004 à la recherche de leur parent.

Un jeune requérant de 17 ans qui fut utilisé en tant que bouclier vivant par les rebelles du RUF, nous explique :

Il ne connaît pas son père. Lui a été raflé par le RUF alors qu'il avait dix ans. Il n'a plus jamais revu sa mère depuis lors, ne sait rien de son sort et ne pense même pas savoir comment pouvoir se renseigner à son propos.

La perte et la déstructuration des familles laissent un souvenir tragique, comme l'attestent les paroles de cet autre jeune Sierra Léonais :

Il m'a répété plusieurs fois « Je ne peux et je ne veux vous dire tout ». A ce moment là Monsieur se met à pleurer. Je le sens très affecté, très méfiant... Il sait juste que son père est décédé à la guerre. Il ne peut donner de date. Il a un frère qui vit en Guinée dont il n'a plus de nouvelle. Sa mère est soit décédée, soit en Guinée, il ne le sait pas exactement. En riant il me dit qu'il a sans doute d'autres frères et sœurs, mais il ne le sait pas.

La République Démocratique du Congo est aussi emblématique d'une déstructuration due à une situation conflictuelle prolongée et complexe. Ce pays est à la fois envahi par ses voisins et divisé entre différentes factions politiques, elles-mêmes stipendiées par des puissances étrangères. Des groupes armés s'affrontent dans le nord-est de la république maintenant cette région dans un état de « non-paix » qui perdure depuis très longtemps et se poursuit de façon sporadique bien que la guerre avec le voisin rwandais soit officiellement terminée. Des accords de paix ont effectivement été signés en décembre 2002 entre le Rwanda, l'Ouganda et le gouvernement de Joseph Kabila, mais il semble que la situation ne s'est pas apaisée pour autant. Quelques 2,5 millions de personnes sont décédées ces cinq dernières années des effets indirects de la guerre, à savoir les maladies et la famine, sur fond de tensions interethnique (Hunziker, 2003). Actuellement, plusieurs minorités ethniques dont les personnes d'origine rwandaise encourent toujours des risques de répression de la part de civils autochtones ou de différentes factions rebelles.

Notre interlocutrice qui s'exprime ci-dessous ne fut pas torturée, mais ce fut apparemment le cas de son ami dont elle est sans nouvelles depuis lors :

A l'avènement du régime du président Kabila, nous dit-elle, il y a eu des émeutes dans la capitale. Les militaires venaient régulièrement dans mon quartier et ils sont parfois entrés chez moi. Ils m'ont interrogée à propos de mon compagnon rwandais, sans toutefois me faire subir de tortures. J'ai été arrêtée une fois mais pas emprisonnée.

---

<sup>30</sup>Bien que la plupart des estimations s'accordent à fixer le nombre d'enfants mobilisés pendant la guerre autour de 5'000, d'autres observateurs avancent le chiffre de 10'000 à 20'000 (U.S. State Department, Sierra Leone, Country Report on Human Right Practices 200, February 2001/ Amnesty International, Sierra Leone childhood : a casualty of conflict, August 2000, Cités par Kirchner M., mars 2001, Sierra Leone, Analyse pays OSAR).

<sup>31</sup>Comité International de la Croix-Rouge, *Actualités dans le monde: Afrique, Sierra Leone*, (en ligne) (<http://www.cicr.org/Web/fr/sitefre0.nsf/iwpList74/9EA1639FF77B27A2C1256C75004414C5>) (page consultée le 4 mars 2004).

Ainsi, des centaines d'individus sont arrêtés uniquement en raison de leur appartenance ethnique ou clanique. C'est le cas aussi en Somalie, pays divisé en différents clans à la suite de la guerre civile de 1991, lesquels défendent chacun leurs territoires et arment leurs combattants. L'ONU a lancé plusieurs missions entre 1992 et 1995 dans la région mais sans succès. Ces tentatives de stabilisation du conflit, qui sauvèrent la vie de quelques milliers de Somaliens, ne purent éviter la catastrophe humanitaire que l'on connaît, encore aggravée par une famine en 1992 (Amnesty International, 2003: 296). Les chefs tribaux se sont accordés sur la formation d'une nouvelle composition parlementaire favorable à une représentation politique clanique, ce qui a permis une certaine accalmie de s'instaurer. Il n'empêche qu'en 2003, le CICR fournissait encore une assistance humanitaire à des milliers de personnes déplacées en raison des conflits<sup>32</sup>.

Les RA d'origine somalienne que nous avons rencontrés sont arrivés en Suisse pour la plupart durant les premières années du conflit, entre 1991 et 1994 et disent avoir quitté le pays pour échapper à une situation de violence politique qui les menaçait du fait de leur appartenance clanique ou de la perte de leur statut social antérieur à la guerre et des protections que celui-ci signifiait :

Madame a vécu le déclenchement de la guerre civile en Somalie dans sa région d'origine. Fille d'une famille riche qui a été dépossédée de ses biens par la guerre. Son père était quelqu'un de puissant. Il est mort. La famille semble avoir perdu son statut avec l'éclatement du conflit. Toutes ses propriétés ont été prises par la « mafia ».

Une autre requérante somalienne dont le mari avait mené une carrière diplomatique et participé au gouvernement renversé (régime du président Barre, 1969-1991), nous parle de son progressif « déclassement social » dès le début de la guerre :

Cette destitution et les conflits qui s'ensuivent ruine cette famille et la place, comme tout un chacun en Somalie, mais plus particulièrement en fonction de son statut et de sa fortune comme la cible des vols et de la violence. C'est pourquoi, en 1992, Madame décide de quitter la Somalie.

Plusieurs personnes arrivent en Suisse dans un état de santé très critique :

Tout son projet d'immigration en Helvétie se réfère à une tentative désespérée d'échapper à une situation sans issue possible et qui l'amenait au seuil de la mort, nous dit une personne d'origine somalienne. En effet, des complications cardiaques, hépatiques et, diagnostic principal, un diabète de type 2 – très avancé -, l'ont amené à prendre la décision de partir, seul, pour l'Europe.

Les effets dévastateurs de la guerre se font sentir à long terme. En témoigne l'exemple ci-dessous d'une famille érythréenne qui résidait en Ethiopie, victime du conflit qui a opposé l'Erythrée à l'Ethiopie entre 1998 et 2000. La déstructuration des infrastructures médicales de ce pays perdure du fait notamment des longues années de conflits internes qui ont précédé la guerre avec l'Erythrée et secouent l'Ethiopie encore à présent. Certaines personnes, comme ces migrants, gardent de cette situation des séquelles définitives, conséquence d'un accès

---

<sup>32</sup>Comité International de la Croix-Rouge, *Le CICR en Somalie*, (en ligne) (<http://www.cicr.org/Web/fr/sitefre0.nsf/htmlall/africa?OpenDocument>) (page consultée le 4 mars 2004)

insuffisant aux structures de soins. L'enquêtrice dresse ainsi la liste des maux dont sont atteints les membres de cette famille :

HTA, diabète, insuffisance rénale dialysé, souffre de colites et TBC. Monsieur devenu aveugle. Ils ne se souviennent plus comment cela a commencé. A Addis Abeba, ils avaient des médecins mais pas de médicaments. Lorsque les autorités les ont chassés, il a fait d'importants épisodes d'hypertension (200 à 250 systolique) et c'est là qu'il a commencé à perdre la vue.

La guerre qui a agité l'ex-Yougoslavie entre 1991 et 1995, jusqu'à la signature des accords de Dayton en 1996, a provoqué d'immenses tragédies parmi les populations civiles. Des persécutions à caractère ethnique, dont des exécutions massives et des milliers de disparitions, ont touché des populations se trouvant dans des territoires à dominance ethnique différente de la leur. A l'instauration du nouvel Etat, la République fédérative de Yougoslavie (RFY, en avril 1992), constituée des républiques de Serbie et du Monténégro, de nombreux Musulmans bosniaques et Croates habitant des enclaves sous contrôle serbe se sont vus menacés par leurs adversaires et incités à la fuite.

Un RA bosniaque, arrivé en Suisse en 2000, nous a conté la tragédie dont il a été témoin et dont le souvenir le poursuit encore, dix ans plus tard :

Il parle à plusieurs reprises de la guerre, horrible. Là, on coupait les jambes sans anesthésie. Il a vu de tout près un homme avoir la tête tranchée par une grenade, des familles se faire aligner contre un mur et se faire fusiller tous, enfants compris. Des enfants ont été sauvés parce qu'ils ne bougeaient pas, se faisant passer pour morts [...] Ils ont ensuite été déplacés de la partie serbe vers la partie bosniaque. Lorsqu'ils sont arrivés dans la fédération bosniaque [Bosnie Herzégovine, indépendante depuis le 7 avril 1992], il n'y avait pas de travail pour eux, ils étaient malvenus. Ils n'avaient pas de quoi vivre, « nous avions faim et froid, la vie était très difficile et la pauvreté extrême. C'est pourquoi nous sommes partis ».

Plus récemment, le conflit qui a opposé les Albanais de la province du Kosovo, en lutte pour son indépendance de la République fédérale de Yougoslavie (RFY), a pris une ampleur internationale avec l'intervention des forces de l'OTAN en mars 1999. Viols, tortures, disparitions, exactions commises par la police et par des unités paramilitaires serbes à l'encontre de la population kosovar, repréailles de la part de groupes armés kosovar appartenant soit à l'UCK, soit à l'Armée de libération du Kosovo sur des cibles serbes ou rom ont empesté l'atmosphère de la région pendant la période qui a précédé l'intervention de l'OTAN et même après. Comme l'exprime cette mère de famille kosovare, avant et pendant l'exil, la pression était quasi-permanente. De jour comme de nuit, il fallait être prêt à fuir : *« Ils ont dû partir d'un coup, sans rien préparer. Ils ont été chassés... Elle ne veut pas en parler, c'est trop dur »*. Le rapport d'Amnesty International pour l'année 2000 mentionne que le conflit a « contraint environ 850'000 membres de la communauté albanaise à fuir le Kosovo », ce qui a engendré, sur le plan régional, une situation critique *« sans précédent en ce qui concerne les réfugiés »* (Amnesty International, 2000:377). Pour des raisons historiques d'accueil de travailleurs en provenance de ces zones, la Suisse, à l'instar de l'Allemagne, a ouvert ses portes à quelque 50'000 réfugiés qui ont fui ce conflit. *« L'afflux de réfugiés avait été maîtrisé par un engagement sans faille de la population, des autorités et des œuvres d'entraides »* (OSAR, communiqué de presse, janvier 2004).

La situation des individus tend encore à se complexifier en cas de maladie car, à l'insécurité s'ajoutent des problèmes d'accès aux soins, d'où une dégradation notoire de l'état de santé de la personne. L'exil vers un pays riche peut se profiler comme solution lorsqu'il y a besoin de traitements médicaux lourds, inaccessibles dans le pays. C'est le cas de cette jeune femme de 29 ans, en provenance du Kosovo, ayant pris la décision de quitter le pays sans consulter sa famille :

La guerre, le traumatisme, je voulais sauver ma vie. Ceux qui ont vécu la guerre, les bombardements, c'est quelque chose qu'on ne peut pas oublier » Elle était à l'hôpital pendant les bombardements. Je suis aussi venue pour ma santé. Elle a mal été soignée là-bas. Elle n'a pas pu en parler avec sa famille sur le moment, une fille seule sur les routes, cela n'était pas pensable, d'autant plus que sa mère est fragile nerveusement. Elle est partie en bus, a voyagé en voiture puis en stop.

### ***Motifs politiques et torture***

Pour nombre de migrants, les motifs de l'exil sont plus spécifiquement politiques. Nous entendons par là l'insécurité physique et/ou matérielle, bien souvent effet dérivé d'une situation conflictuelle résolue au niveau des armes mais pas de la vie civile ou de la terreur que font régner certaines dictatures. Les variables économiques, politiques et sociales sont fortement reliées entre elles et interagissent de manière permanente. Comme dans les cas illustrés par le récit des personnes en provenance de Somalie cités ci-dessus, de nombreux RA ont été spoliés, dépossédés et maltraités avant leur arrivée en Suisse. Menaces, violences arbitraires, conflits d'intérêts et rapports de force rendent la vie quotidienne de plus en plus précaire et aléatoire, de sorte que l'exil se profile pour certains comme la solution ultime. Une personne en provenance du Yémen insiste sur ce point : « *Je ne voulais pas partir de mon pays , mais j'y ai été vraiment obligé* ».

Ce dernier n'en dira cependant pas plus sur les raisons qui l'ont poussé à fuir le pays avec sa femme et ses enfants. Il est en cela représentatif d'autres migrants pour lesquels la question du « processus migratoire » que nous posons en début de chaque entretien ravive des souvenirs lourds de menaces. De nombreuses personnes ont ainsi préféré taire les détails de leur épisode migratoire. Nous en déduisons que, en dépit du changement de pays et de l'éloignement géographique, les personnes se sentent encore menacées et ne sont pas libérées de leurs peurs. L'a priori de suspicion dans lequel se déroulent les auditions menées par les agents de l'ODR au moment où les requérants déposent leur demande d'asile n'est pas fait pour encourager ces derniers à se livrer en toute confiance sur le sujet.

Des organismes des droits de l'homme documentent de façon suivie et minutieuse les atteintes aux droits humains, perpétrées dans des cadres judiciaires comme extrajudiciaires. Selon ces organisations, la torture est un moyen d'action et de répression largement utilisé, autant par des milices gouvernementales que par des rebelles aux régimes en place. Les expériences de nombreux requérants de notre échantillon concordent avec plusieurs de ces situations dénoncées par ces organismes. Elles sont particulièrement intenses et saisissantes.

Au Cameroun par exemple, l'on sait, selon le U.S. State Department (Hunziker, 2001), que les forces de sécurité, à commencer par le Commandement opérationnel, continuent à torturer des individus. La bastonnade et la balançoire représentent deux formes courantes de maltraitance appliquées dans les lieux de détention comme les prisons et commissariats de



police. Une requérante d'asile nous rapporte son expérience de la bastonnade, qui consiste à frapper la victime sur la plante des pieds :

Elle a rapidement reçu la visite de personnes qui l'ont sommée de donner les renseignements demandés. Peu de temps après elle a été convoquée par la gendarmerie. Elle est restée une semaine en enfermée et brutalisée. Elle a reçu des coups sur la plante des pieds. Trois mois après sa libération, elle a été convoquée à nouveau. Craignant pour sa vie et celle de son fils, c'est à ce moment qu'elle a décidé de fuir le Cameroun.

Une autre camerounaise témoigne aussi de persécutions à son égard :

Le mari a été recherché, persécuté et emprisonné au Cameroun. Madame a aussi été torturée pour lui faire avouer où se cachait son mari. Elle nous montre des cicatrices de coups de couteau à la poitrine. Pour échapper à ces persécutions, la famille a émigré en Suisse en laissant la jeune fille au pays.

Dans le cas de l'Irak, jusqu'à la chute du régime de Saddam Hussein en 2003, ou du Yémen, les conditions pré-migratoires des migrants sont marquées par des tensions extrêmes, d'ordre politique et psychologique essentiellement. La torture était couramment utilisée en Irak comme l'est d'ailleurs encore la peine par flagellation au Yémen à titre de châtiment judiciaire pour des délits mineurs (Amnesty International, 2003:376).

A en croire les paroles de cette requérante, médecin de formation,

Sous le régime de Saddam Hussein, tous les déserteurs de l'armée ont été attrapés et ramassés au sein de l'hôpital. Les médecins ont reçu l'ordre de couper les oreilles des déserteurs. S'ils n'exécutaient pas les ordres ils avaient la main coupée ou on leur tirait dessus.

C'est ce qui faillit arriver à cette femme, lorsque, ayant pris quelques jours de congé pour « réfléchir » après l'exécution des ordres, elle se fit enfermer, battre et torturer par la police militaire avant qu'elle ne décide de prendre la fuite.

Un ancien commerçant fait également état de tortures et de maltraitements subies de la part des milices du gouvernement irakien :

Là-bas j'avais un magasin, d'électroménager et je suis allé dans une ville voisine pour acheter des choses pour mettre dans mon magasin, nous dit-il. Au retour il y a eu un contrôle et j'ai été accusé de faire du trafic avec l'Iran. Ils ont pris ce qu'il y avait dans mon magasin et je me suis retrouvé 4 mois en prison. Là, j'ai vécu les pires atrocités. Tortures en tout genre ils m'ont même mis de l'électricité sur les parties génitales et encore beaucoup d'autres choses terribles.

### ***Oppression à l'égard des femmes***

Pour de nombreuses femmes vivant dans des pays à régime musulman, les menaces à l'encontre de leur intégrité physique ne sont pas uniquement de nature politique mais peuvent également émaner de leur entourage social, sinon familial. L'exil correspond ici à une recherche de sécurité et un besoin de liberté, thème qui ressort d'ailleurs particulièrement des entretiens que nous avons menés avec des femmes en provenance de pays du Moyen Orient.

Voici le récit d'une mère de famille chiite de 22 ans d'origine irakienne, cachée des années durant en Syrie par son père qui voyait sa famille menacée du fait de sa propre appartenance politique et religieuse, opposée à celle du régime dictatorial du parti baasiste. Derrière les paroles de la jeune femme se dissimulent 20 années d'enfermement :

Elle a vécu toute sa jeunesse jusqu'en 1998 en Syrie, avec sa famille, dans la maison d'un Cheik [chef religieux], enfermée dans une pièce avec les femmes et les enfants. Personne ne pouvait sortir, personne ne pouvait avoir des contacts avec l'extérieur car leur situation était illégale en Syrie. A la mort du Cheik en 1998, se sentant menacée, toute la famille s'exile à nouveau jusqu'en Suisse.

Le récit d'une autre requérante yéménite est révélateur de la situation particulièrement précaire de la femme dans ce pays. Ces conditions sont invoquées ici comme la raison qui l'a incitée à fuir :

Madame a quitté une situation qui lui était devenue insoutenable : elle entretenait depuis sept ans une relation amoureuse avec un homme marié, tandis que sa famille faisait pour elle des arrangements de mariage avec un homme âgé mais de « bon parti » qui ne l'intéressait pas. En tant qu'orpheline, adoptée par son oncle, Madame n'était pas en position de pouvoir refuser ce mariage. Craignant que sa non-virginité soit découverte, elle n'a trouvé d'autre solution que de s'enfuir, et aucun autre pays musulman n'aurait pu venir en ligne de compte.

### **3.1.2 Les trajectoires de l'exil**

Les filières empruntées pour arriver dans un des quatre centres d'enregistrement (CERA) – à savoir Chiasso, Kreuzlingen, Vallorbe, Bâle et Genève (jusqu'en en 2001) – et s'y annoncer comme RA sont diverses. Nous décrivons ici quelques-unes des trajectoires significatives que nous avons pu plus ou moins reconstituer, car les requérants restent assez laconiques ou confus sur cette question, sur laquelle par ailleurs nous avons évité d'insister par souci d'éviter toute confusion à notre égard avec les enquêteurs des services d'immigration. Ayant attaché un soin extrême à nous distinguer clairement de ces enquêteurs et ayant insisté sur toute absence d'incidence – négative comme positive – que ces témoignages pouvaient avoir sur l'issue des demandes d'asile, nous estimons que les récits que nous avons recueillis peuvent s'apparenter davantage aux réalités vécues que ceux entendus dans le cadre des auditions menées sous les auspices de l'ODR lors des demandes d'asile où les enjeux pour les requérants dépendent de chaque mot prononcé par ces derniers. Nous comprenons également que pour beaucoup la scotomisation est préférée, à la fois pour ne pas raviver des épisodes pénibles mais aussi parce que les requérants savent que détailler les filières qui ont aidé à leur passage ne leur sera pas favorable pour l'obtention de l'asile.

Les modes de transport employés dépendent d'une part des moyens financiers, personnels ou familiaux, du requérant et d'autre part, de l'intensité des conflits et/ou des tensions politiques dans les pays à traverser pour rejoindre l'Europe occidentale. En effet, très souvent la Suisse n'est pas une destination choisie et organisée à l'avance mais bien une orientation dictée par les filières, légales ou improvisées, empruntées par les requérants. La majorité des requérants que nous avons rencontrés ont utilisé des transports maritimes ou terrestres ou les deux. Seule une petite minorité d'entre eux sont arrivés en Suisse ou en Europe en avion.

### ***Pénibilité de l'expérience***

Pour les réfugiés « économiques », c'est-à-dire tous ceux qui partent uniquement pour des raisons de pauvreté et de misère sociale et matérielle, les récits sont marqués par la douleur, la pénibilité et occasionnent des déchirements profonds au niveau affectif. Les personnes démunies se trouvent souvent confrontées à des conditions tragiques et mouvementées, dépourvues de l'autonomie suffisante pour définir un plan de route réfléchi, de sorte que le voyage se passe de manière scabreuse et aléatoire. Beaucoup citent la « *chance* » d'avoir rencontré en route des personnes généreuses et compatissantes, comme élément qui leur a permis d'atteindre la Suisse sain et sauf. Ainsi ce récit d'une personne ayant quitté la Bosnie :

Une dame généreuse à Tuzla lui a finalement fourni une carte d'identité avec laquelle elle s'est mise en route par autostop et par train. Un jeune homme ne parlant pas sa langue, l'a amenée en Suisse, l'a mise en contact avec un Bosniaque qui, heureusement, connaissait sa famille en Suisse et elle a été amenée devant la maison à Payerne.

Quelques requérants nous disent avoir marché des centaines de kilomètres avant de trouver assistance. D'autres ont vécu des voyages très douloureux autant physiquement que moralement. Les déplacements s'effectuent dans des conditions difficiles car il n'y a pas de transports organisés et ils sont parfois clandestins.

Ils ont marché une semaine par pluie et mauvais temps, nous dit une Bosniaque. Elle portait leur troisième fille sur le dos, son mari portait la deuxième fille et un neveu portait le garçon. L'aînée avait 6 ans et marchait. Ils sont arrivés au Monténégro, puis en Albanie et vivaient dans des conditions inimaginables... Elle ne sait pas comment ils ont survécu.

Dans plusieurs cas, les migrants sont acculés devant des choix existentiels d'autant plus déchirants que l'enjeu est souvent la survie et la suite de l'exil, comme nous le montre l'exemple de cette Somalienne, obligée de laisser une partie de ses enfants au pays par manque d'argent :

La famille s'est déplacée à Mogadiscio où sa mère et quelques frères et sœurs se trouvent encore ainsi que trois de ses enfants. Ensuite, elle a décidé de suivre sa sœur en Italie, emmenant avec elle son plus jeune enfant qui avait 5 ans à l'époque. Sans argent, elle trouvait trop compliqué de prendre les trois autres enfants aussi.

### ***Risques encourus***

L'exode pèse lourd dans la mémoire en termes de risques encourus, très élevés dans certains cas. Voici la trajectoire d'une famille de réfugiés arméniens établie depuis sept ans en Suisse. Leur histoire est particulièrement périlleuse, mais elle résume bien ce que beaucoup de RA ont vécu au cours de leur périple jusqu'en Suisse. Une première tentative d'exil avait mené ces réfugiés en Allemagne où ils étaient restés quelques mois avant d'être expulsés de manière brutale et traumatisante : « *réveillés par la police à l'aube, la famille a été emmenée de force vers l'avion* ». A leur retour en Arménie, ils ont été contraints de se séparer car les agents de l'Etat les surveillaient continuellement, à la recherche du mari. Après deux mois, estimant que la situation n'était plus tenable, ils ont décidé de partir à nouveau, un second départ qui se passe dans des conditions très dures :

La famille recourt alors à des réseaux de passeurs qui les font traverser la Russie, l'Ukraine, puis la Pologne... Cela dure plusieurs mois. Ils logent soit à l'hôtel, soit chez des gens, soit

dans des campements. Ils tombent entre des mains de groupes mafieux, se font dévaliser une partie de leurs bagages [...] C'est finalement un passeur arménien qui les mène à la frontière helvétique où ils se présentent dans un centre d'enregistrement en Suisse alémanique.

### ***Vulnérabilité***

Les personnes seules, notamment les jeunes non accompagnés (ce qui est le sort de plusieurs Sierra Leonais et d'un Algérien de notre échantillon, âgés de 17 à 25 ans), ont un parcours migratoire qui met tout particulièrement en lumière la vulnérabilité et la prise de risques encourue dans le cadre de ces trajectoires :

Il part sans destination précise, nous dit-il, désirant seulement quitter l'Afrique de l'Ouest. Il arrive ainsi au Libéria où il constate que c'est plus calme mais qu'il n'y a rien à manger. Il se rend au port comme il l'avait déjà fait en Sierra Leone et réussit à se faire embarquer sur un bateau en direction de l'Italie. Là, un compatriote l'oriente vers la Suisse notamment parce que Monsieur parle le français.

L'émigration depuis l'Afrique passe en majorité par l'Italie pour se disperser ensuite dans les différents pays européens. Plus précisément, les réfugiés empruntent d'abord la voie d'eau jusqu'en Italie. Là, des congénères rencontrés dans des lieux publics les orientent sur les « meilleures » routes à suivre. Parfois ils utilisent des filières de passeurs recourant à des camions ou des trains les menant jusqu'aux frontières suisses. Consciemment ou à leur insu, ils entrent parfois en contact avec des réseaux mafieux leur faisant payer très cher le transport. Démunis et souvent acculés au non-retour en arrière du fait des conditions de départ ou de l'attente des membres de la famille qui se sont cotisés pour les aider à partir, les migrants sont à la merci de ces réseaux. Un jeune Algérien nous rapporte ici son trajet en solitaire :

Il a décidé de suivre un voisin de sa sœur qui partait pour l'Europe. Il s'est retrouvé dans un bateau de marchandises faisant la traversée entre Tanger et le sud de l'Espagne, d'où, à bord d'un camion, il a été transporté et déposé à Milan. Là, des hommes rencontrés à la mosquée se sont cotisés pour lui acheter un billet de train qui lui a permis de voyager jusqu'à Genève. Tout ce voyage sans rencontrer un seul douanier ou policier.

Rallier l'Europe, continent de tous les espoirs de reconstruction, est bien souvent un objectif final. Mais le chemin y menant se dessine de façon aléatoire, étape après étape, sur une durée qui peut s'étendre de quelques semaines à plusieurs mois, voire des années. En attestent les paroles de cette Erythréenne de 35 ans, en Suisse depuis les années 1990 :

Madame H. a quitté sa famille à 17 ans pour aller au Soudan où elle est restée durant trois ans. Elle dit avoir reçu l'aide de compatriotes durant cette période pour vivre. Ensuite, elle est partie pour l'Italie où elle est restée une année à Rome. Puis elle est partie pour entrer en Suisse par le centre de RA de Genève.

### ***Réseaux de connaissance et familles***

La Suisse comme pays d'exil ne correspond donc pas toujours à un projet de migration élaboré de longue date. Le choix de cette destination est souvent dû au hasard de membres de la famille ou de connaissances qui ont précédé le requérant et l'orientent dans ses démarches par référence à leur propre expérience. La présence de membres de la famille déjà établis en Suisse semble constituer un avantage réel au niveau de la connaissance et de la compréhension des modalités de l'asile. Comme l'explique ce Bosniaque :

Certains RA sont informés en détail avant de venir et savent qui contacter et où, que répondre aux questions, etc. Il nous dit qu'il existe toute une filière qui prépare l'entrée en Suisse.

La rencontre avec des compatriotes, des connaissances de connaissances permet aussi d'être pris en charge et soutenu par des réseaux d'entraide. Quelquefois les communautés religieuses ou les compatriotes sont autant d'informateurs instruits des lois des pays européens en matière d'asile et peuvent donner des conseils et orienter celui qui cherche à quitter le pays. Ce sont certainement ces sources d'information qui dessinent la Suisse comme destination enviable. Quelques personnes de notre échantillon avaient entendu parler de l'Helvétie positivement avant de prendre la décision de cibler ce pays. La Suisse inspire confiance, tant au niveau de la stabilité politique, économique et sociale, que sur le plan de la santé.

Madame nous dit avoir entendu parler de la Suisse comme d'un endroit où l'on aide les femmes et l'on prend soin de leurs droits.

Ou encore :

Ce pays semblait être vraiment, et de loin, le meilleur pour permettre à ma famille et à moi-même de nous refaire une vie.

Bien que les demandeurs d'asile se savent dans un pays restrictif dans l'octroi de l'asile, d'après les paroles de certains requérants – la Suisse leur apparaît néanmoins comme un endroit sûr et possédant une bonne qualité de vie.

### ***Arrivée par avion***

Lorsque les circonstances et les finances personnelles le permettent, les migrants prennent l'avion. S'ils en ont le temps et les moyens, ils vendent leur maison et leurs biens, puisent dans leurs économies pour payer le voyage. De fait, plusieurs d'entre eux nous disent s'être ruinés dans l'achat des billets de transports et des autres prestations induites par le trajet. Dans leur cas, le récit du parcours migratoire semble moins chargé en terme de « risques ». A ce titre, l'exemple d'une mère de famille irakienne venue en Suisse pour rejoindre son mari est significatif :

Madame a dû quitter l'Irak avec un passeport falsifié dont elle ne nous dit pas les raisons mais où le prix à payer a joué un rôle. Son frère l'a accompagnée jusqu'à Amman en Jordanie où elle a dû passer un mois (problèmes de visa compte tenu du passeport falsifié qui portait un tampon turc). De là, elle a pu prendre l'avion pour la Suisse en toute régularité. L'époux avait acheté les billets depuis la Suisse.

### **3.1.3 Arrivée et prise en charge en Suisse**

Indépendamment de la manière dont les requérants sont entrés en Suisse, ils doivent tous se présenter dans l'un des quatre centres d'enregistrement, les CERA (Centre d'Enregistrement des RA) dont la gestion a été confiée à l'Office fédéral des réfugiés (ODR). Ces centres sont les points d'enregistrement obligatoires par lesquels tous les requérants doivent transiter s'ils désirent déposer une demande d'asile (l'alternative en l'absence de visa d'entrée étant un séjour illégal). Ils y sont soumis à une audition au cours de laquelle ils doivent présenter sommairement leurs motifs d'asile et leur contexte personnel et familial. Parallèlement, ils

sont pris en photo et leurs empreintes digitales sont relevées. Soit la demande est rejetée dès cette étape et la décision de renvoi exécutée, soit les requérants sont attribués à des cantons, en fonction de quotas définis à l'échelle nationale, pour y séjourner dans l'attente de la poursuite de la procédure. En principe, la procédure au centre d'enregistrement dure cinq à dix jours<sup>33</sup>, en pratique il peut arriver qu'elle se prolonge plusieurs semaines.

Globalement, la prise en charge à ce niveau-là est ressentie par nos interlocuteurs de manière mitigée. D'un côté, les conditions d'accueil laissent de bons souvenirs : un premier rapport chaleureux et un soulagement intense après les angoisses du voyage. Là les réfugiés se savent enfin dans un lieu sécurisé :

Elle a ensuite été amenée à la demande de sa famille par un ami motorisé au Centre d'enregistrement de Genève, où le contrôle médical obligatoire a révélé ses gros problèmes de santé. Ce contrôle de santé représente une grande importance pour la dame, car « ils se sont occupés du mieux qu'on puisse de moi » nous raconte une requérante originaire de Bosnie.

Signalons à ce propos que d'après l'article 12 de la Constitution fédérale, toute personnes se trouvant dans une situation de détresse a droit à une aide de première nécessité. Celle-ci comprend un toit, de la nourriture, des vêtements, une prise en charge médicale de base ainsi que l'encadrement nécessaire. A ce jour, il n'existe cependant pas de loi d'application de cette disposition constitutionnelle, de sorte que sa concrétisation dépend largement de la façon dont elle est mise en œuvre dans le domaine de l'asile.

Parfois, les requérants considèrent au contraire que la prise en charge souffre d'un manque certain de prise en considération de leur personne. Comme nous l'expliquent ces requérants :

Ils sont arrivés au CERA de Chiasso où ils sont restés 5 jours. La nuit, il y avait les chiens des sécuritas qui faisaient la ronde et effrayaient les enfants.

Ou encore

Les conditions d'accueil en Suisse [à Kreuzlingen] n'étaient pas bien : le premier jour où elle est arrivée, elle a dû rester quatre heures sous la pluie avec son bébé. Ensuite elle s'est retrouvée dans une petite chambre. Elle n'avait pas de lait à donner à son bébé et elle a dû lui donner de l'eau des toilettes. Une fois enregistrée, le 2<sup>e</sup> jour, ça allait mieux.

Dans leur canton d'attribution, les requérants sont placés sous la tutelle des organes chargés par l'autorité cantonale de l'accueil et du suivi des personnes. Dans le canton de Vaud, depuis juillet 1994, la FAREAS est la fondation désignée pour cette fonction. Elle est chargée de leur fournir un encadrement social, une assistance matérielle de base, des mesures d'accompagnement telles que des cours de français ou une formation ainsi qu'une aide au retour. La fondation gère un parc immobilier dans lequel elle répartit les requérants en fonction des disponibilités et de différents critères tels que âge et situation familiale (personnes seules, familles, etc.). En 2003, la FAREAS disposait de 15 centres d'hébergement, 4 abris de protection civile et 2'050 appartements pour loger quelque 8'700 RA<sup>34</sup> Si, comme nous l'avons vu plus haut, l'attribution d'un logement privé est loin d'être assurée et le séjour dans les logements collectifs que sont les centres d'hébergement et les

<sup>33</sup><http://www.asyl.admin.ch/franz/asy13f.htm>

<sup>34</sup>FAREAS, *La Fareas en deux minutes*, 10 février 2003.

abris PC est souvent pénible, a posteriori les requérants interrogés sur leur parcours avouent néanmoins un sentiment de réconfort ressenti à ce moment-là. Ainsi, des personnes en provenance du Kosovo nous disent avoir été

Transférés à Lausanne où ils ont reçu un accueil chaleureux, touchant. On leur a donné de l'argent pour de la nourriture, des habits ainsi qu'un appartement. Là ils ont pris une douche, ils ont mangé. Et on leur a dit : « maintenant, vous pouvez vous reposer ».

Une fois passés les examens du CERA, l'installation en Suisse correspond donc à un long processus, au cours duquel les requérants vont vivre de nombreux déménagements d'un centre à l'autre tout en restant dans l'incertitude d'obtenir une régularisation de leur statut. Voici par exemple la trajectoire d'une famille de requérants tchéchènes (arrivée en Suisse en 2000) significative de cet état de fait :

De Zurich où ils sont arrivés, elle (la fille qui nous rapporte ici son expérience) est allée à Kreuzlingen. Avec sa mère, elle a dormi dans une grande chambre où il y avait seize autres RA. Son père et son frère étaient dans une autre pièce. Ils passaient la journée ensemble et se séparaient pour la nuit. Après ce passage en Suisse allemande, ils ont été transférés dans le canton de Vaud, d'abord à Lausanne, puis à Bex. Ils ont passé dix-huit mois à Bex dans le centre de requérants, endroit où la famille a vécu dans deux chambres. Après ce temps ils ont déménagé à Clarens dans l'appartement qu'ils occupent actuellement.

### ***Information***

Le dernier point qui nous paraît essentiel au bon déroulement de l'installation en Suisse, concerne les informations que les requérants reçoivent sur leurs droits et devoirs.

En regard des difficultés endurées tout au long de l'exil, il ressort que peu de personnes ont prêté attention à ce qui leur était communiqué lors des formalités d'entrée, ou en tout cas n'en ont gardé qu'un vague souvenir. Les problèmes de langue et de traduction très fréquents à l'arrivée, cumulés au stress des auditions, relègue ces événements dans un flou total. Pour quelques-uns, ces formalités pouvaient aussi paraître secondaires face à leurs priorités qui étaient plutôt d'ordre sécuritaire ou sanitaire :

Elle ne se souvient pas qui leur a donné des informations sur leur situation de réfugiés, ni quand. Elle était très préoccupée par son mari et on lui a alors dit qu'elle devait s'occuper de lui, nous rapporte une Ethiopienne.

Certains requérants sont encore sous le choc de la guerre et n'ont pas l'attention requise, ni pour emmagasiner les données utiles à leur futur parcours en Suisse, ni pour répondre aux questions de l'enregistrement. D'autres ne se rappellent pas ou nous disent ne pas avoir reçu d'informations à ce sujet, demeurant alors ignorants de leurs droits et obligations :

Au début, nous dit un Somalien, il ne se rappelle pas vraiment des informations qu'il a reçues ni par qui, seulement qu'on l'a rendu attentif sur le fait qu'il ne pouvait pas travailler durant les trois premiers mois, ainsi que de quelques renseignements concernant le permis N. Il se demande aujourd'hui (après une dizaine d'années passée en Suisse) quels sont ses droits. Selon lui, l'information à ce niveau-là n'est pas satisfaisante.

Le plus souvent, ces lacunes commencent à être comblées peu à peu, au fil des rencontres avec des compatriotes qui les ont précédés dans l'asile et partagent avec eux leurs expériences. Un requérant de Bosnie nous dit :

Il ne se souvient pas des auditions à son arrivée. Au Centre de Bex, il ne se souvient pas de ce que l'assistant social lui a dit, il ne comprenait pas non plus. Il dit avoir tout appris des compatriotes. Il dit qu'ils ont été très bien accueillis en Suisse.

## **3.2 Société d'accueil et précarité des requérants d'asile**

### **3.2.1 Statut et implications**

Nous proposons ici de passer en revue les éléments invoqués de façon récurrente par les RA avec lesquels nous nous sommes entretenus, éléments qui incarnent à leurs yeux le malaise de leur condition. Pour chaque élément, nous montrerons en quoi, selon nos interlocuteurs, certains mécanismes intrinsèques au système de l'asile s'érigent en obstacle à l'évolution vers plus d'autonomie, empêchent l'intégration des requérants en Suisse, l'accès au bien-être des personnes et ont parfois des effets pathogènes dans la mesure où ils entretiennent les fractures identitaires causées par l'exil.

#### ***Le permis B comme priorité***

L'attente du permis B ou du statut de réfugié focalise une grande partie des inquiétudes exprimées. La lenteur de la procédure de demande d'asile génère d'autant plus d'angoisse que tous sont possédés par la hantise d'une réponse négative. Les voltes-face fréquents de la part des autorités décisionnelles au sujet des décrets d'expulsion accroissent l'inquiétude et ne permettent pas l'apaisement.

Cette année (2003), les autorités suisses nous ont contactés et nous ont priés de quitter la Suisse. La FAREAS nous a demandé de laisser les clefs de l'appartement dans la boîte aux lettres, de payer 30 FS. Ils m'ont donné des médicaments pour un mois. Nous avons été au SPOP qui nous ont permis de rester trois jours et ensuite sept jours, puis retardé notre départ à onze jours après à deux mois, ensuite prolongé le permis à six mois. Ils voulaient nous faire partir à deux, mais pas avec mon fils.

La plupart des requérants déboutés font usage de leur droit de recours, avec ou sans l'aide de l'organisme d'assistance juridique qui est à leur disposition à cet effet<sup>35</sup>. Nombreux sont les cas où nos interlocuteurs réitèrent leur recours mais sans obtenir pour autant davantage de précisions sur l'éclaircissement du statut, ni avoir la certitude que le renvoi ne se fera pas plus tard. Cela ne fait que prolonger l'incertitude et donc la peur. Se dégagent des récits une image de personnes peu informées de leurs droits, de leurs moyens et des motifs pouvant influencer la décision dans un sens ou un autre.

Ils ont eu un permis pour un an puis des attestations de départ de semaine en semaine. Actuellement, ont un délai au 19 septembre. On leur a demandé des photos de toute la famille il y a deux mois. Madame pensait que c'était pour un permis de séjour mais ils n'ont aucune nouvelle depuis.

---

<sup>35</sup>SAJE : Service d'aide juridique aux exilés.



N'étant pas interlocuteurs avertis des autorités décisionnelles, dont ils ne situent même pas précisément les attributions spécifiques parmi les différents représentants institutionnels qu'ils sont amenés à rencontrer dans le cadre de leurs démarches, certains RA développent une peur quasi paranoïaque face à ce qui prend l'allure d'une machinerie infernale, totipotente et surtout perçue comme partielle dans ses décisions et donc injuste :

Ma femme et moi, nous travaillons à 100 %. Je ne comprends pas pourquoi notre situation n'est pas régularisée puisque cela fait bientôt dix ans que nous habitons en Suisse. Je connais d'autres RA qui sont là depuis moins longtemps que nous et qui bénéficient déjà d'un permis B.

Monsieur se demande donc comment ils agissent au niveau de l'ODR et pour quelles raisons ils donnent les permis à certains et pas à d'autres... Il aimerait bien le savoir et me demande alors si je peux lui venir en aide sur cette question. Monsieur aimerait soit que la Confédération lui donne un permis de séjour (B) valable, soit qu'elle lui décerne le statut de réfugié (à lui et à sa famille), ce qui, jusqu'à aujourd'hui, ne s'est jamais concrétisé. Il reste dans une perpétuelle attente.

Pour les personnes au bénéfice d'un permis provisoire, les tensions ne sont pas moindres :

C'est un jeu de nerfs quand le permis arrive à expiration, c'est-à-dire tous les quatre à six mois. Chaque visite m'éreintait, c'était l'angoisse. J'ai vieilli de dix ans à cause de ces attentes tellement ça m'angoissait.

Les paroles de cette femme laissent percevoir comment la tension est maintenue dans la durée et épuise la personne. Une autre migrante s'exprime également à ce sujet :

Cela fait 20 ans que j'ai peur de sortir, déjà en Syrie, maintenant ici. Je ne pensais pas que ça continuerait. Ils ont déjà refusé deux fois, je n'ai toujours pas de permis... J'ai peur quand le téléphone sonne, quand on sonne à ma porte. J'ai peur que quelqu'un vienne me dire de partir de la Suisse.

La prolongation de l'instabilité empêche l'élaboration de projets à court et à long terme et la projection de soi dans le futur. Une personne originaire du Congo nous rapporte que « *les requérants vivent dans une situation d'attente, d'incertitude par rapport au passé et au futur* ». Effectivement, de nombreux RA nous avouent vivre « au jour le jour » et sans réelles perspectives d'avenir. Une autre personne en provenance de Sierra Leone, jeune mais n'ayant jamais eu l'occasion de suivre une scolarité nous dit « *Pourquoi apprendre le français si je dois repartir bientôt ?* », sachant que dans son pays l'anglais est la seule langue occidentale utile. Pour un migrant d'origine irakienne, cette situation « d'entre-deux » a un effet dévalorisant qu'il ressent comme véritable offense à sa personne :

Ce qui me manque, nous dit-il, ce sont les papiers, un titre de séjour valable. Je suis à la merci d'autres personnes pour tous les papiers. Ce manque de papiers me rabaisse trop dans la société... Cette situation entre partir et rester, rester et partir me gêne beaucoup pour avoir un projet même à court terme. Et c'est dur dans tous les domaines.

Ce manque de perspectives est problématique également pour les familles :

Le fait de n'avoir aucune perspectives est pour moi une évidence, nous dit un requérant, mais pour mes enfants, cela constitue un double problème ; devoir s'adapter pour repartir c'est injuste ».

Notons cependant que vivre l'asile en famille peut avoir des avantages par rapport à la situation des célibataires. On remarque en effet que des parents vivent en quelque sorte « par procuration » au travers de leurs enfants et qu'ils comptent beaucoup sur les capacités de ces derniers pour dépasser l'infériorité induite par leur statut pour se projeter eux-mêmes dans le futur avec un regard plus positif :

Ce qui me permet de résister, d'avancer malgré tout, nous dit une mère de famille, c'est d'avoir en perspective l'avenir de mes enfants.

Le décalage gigantesque entre la décision administrative et les perspectives d'avenir qu'entrevoient les principaux intéressés, amène bien souvent certains d'entre eux à considérer le passage à l'illégalité comme la dernière ressource envisageable. Ainsi, des constats de suivis cliniques menés à la PMU révèlent que des personnes prises en charge au titre de RA, sont revues en consultation à un an d'écart, cette fois-ci en tant que clandestin.

### *L'emploi*

Le travail est un domaine où les RA sont en but à des difficultés. Il ressort en effet de nos entretiens que l'accès à l'emploi est sévèrement compromis en raison du statut de migrant qui génère de la méfiance de la part des employeurs potentiels. Ce n'est pas la volonté de travailler qui fait défaut ici mais plutôt des employeurs prêts à engager une personne au statut instable. Ceci n'est pas sans incidences sur la santé des personnes. En effet, dans la plupart des cas investigués, le meilleur remède mentionné par les requérants pour aller mieux est l'obtention d'un travail.

Pour aller mieux, elle dit qu'il faudrait qu'elle travaille, nous rapporte une personne d'origine somalienne, mais dès qu'elle montre son permis F aucun employeur ne veut la prendre.

L'impasse s'épaissit davantage pour les personnes dont l'origine n'est pas reconnue par les instances suisses (par exemple parce qu'elles arrivent sans pièces d'identité), car cette mention, indiquée sur leur permis provisoire, peut être de nature à décourager un employeur potentiel. Un jeune en provenance de Sierra Leone dont la nationalité n'est pas attestée, déplore ainsi :

Qu'aucune aide ne lui soit apportée dans ce domaine [celui de la recherche d'emploi]. Il ne comprend pas que l'asile ne s'accompagne pas d'une activité et trouve très dur de passer des journées entières à ne rien avoir à faire.

Relativement peu de requérants de notre échantillon connaissent une situation professionnelle stable et réjouissante. La plupart de ceux qui ont un emploi sont plutôt cantonnés dans des postes à horaires irréguliers et peu valorisants : travaux de ménage ou de nettoyage, aides en cuisine, main-d'œuvre dans des déménagements ou sur les chantiers.

Elle travaille à temps partiel, fait le nettoyage dans une boulangerie...Je m'entends bien avec le patron, dit-elle, mais au travail, je parle peu, je fais mon travail et je m'en vais.

Par contraste avec l'activité professionnelle exercée par certains dans leur pays d'origine, la déchéance sociale est d'autant plus durement vécue et accroît le sentiment d'infériorité. Ce requérant originaire de Bosnie explique

Qu'il n'a pas le droit d'être journaliste indépendant, par exemple, lui qui publiait et écrivait dans les meilleures revues littéraires de son pays. Les journaux ne savent comment le rétribuer autrement pour les articles qu'il écrit.

Par ailleurs, posséder un emploi n'est pas gage d'indépendance financière, ni même d'accès à une autonomie permettant de s'émanciper de la tutelle de la FAREAS :

Monsieur travaille six heures par jour [2 h. le matin et 4 h. le soir], sa femme, deux heures par jour, ce qui lui fait dire qu'à eux deux, ils travaillent à plus de 100 % [essentiellement du travail de nettoyage]. Malgré tout, dit-il, ils ne gagnent pas assez pour subvenir entièrement à leurs besoins et être satisfaits.

Quelques-uns parviennent toutefois à trouver un poste à responsabilités, mais, comparant leur salaire avec celui de collègues, ils estiment subir une inégalité de traitement par rapport à un citoyen suisse :

Je travaille à 100 % dans une entreprise de nettoyage et je dirige quinze employés. Je fais le travail de deux personnes. Un Suisse touche fr. 6'000.— et moi fr. 3'200.—. En plus de cela, je redonne 10 % à Berne. Avec ce qu'il me reste, il est difficile de vivre.

Les soucis financiers sont permanents et donnent l'impression de ne pouvoir jamais s'en sortir car « *il faut toujours calculer au franc prêt. Aucune possibilité de créer un capital social à cause de sa dépendance* ».

Les milieux engagés dans le travail auprès des RA ne nient pas que l'inactivité forcée induite par le statut amènent certains à rechercher des moyens de subsistance dans des activités illégales. Signe de la tension grandissante autour de l'asile, dans le canton de Vaud, le Département des institutions et des relations extérieures (DIRE) a relancé en février 2004 l'idée, déjà à l'étude dans d'autres cantons, de constitution de centres d'hébergement pour RA délinquants, où seraient retenues les personnes ayant commis des infractions à la loi. Dans notre étude, nous n'avons pas rencontré de personnes faisant état de démêlés graves avec la justice, mais certains requérants nous ont fait comprendre que la tentation de recourir à des pratiques illégales (par exemple le deal) était forte.

Dans tous les cas, pour la grande majorité de nos interlocuteurs, la question de l'emploi reste centrale et problématique pas uniquement pour son aspect financier, mais aussi, sinon surtout, pour ses incidences sur la reconnaissance des autres et donc sur l'estime de soi et pour son propre bien-être. Demandant à un de nos interlocuteurs sa définition de la santé et quels sont les obstacles à la santé, un requérant en provenance d'Afrique de l'Est nous répond :

Guérir : être en bonne santé, travailler, bien manger, avoir une bonne famille, vivre normalement, c'est à dire gagner sa vie. Les obstacles : ne pas avoir de travail.

### ***Ostracisme des requérants***

On observe une sorte de désillusion de la part de nombreux migrants par rapport à l'idée qu'ils se faisaient de la Suisse avant leur arrivée. Certains estiment que leur société d'accueil les maintient dans une position discriminante ne permettant pas leur intégration ni au niveau social, ni dans le domaine de l'emploi. C'est ce qui fait dire à ce requérant, en Suisse depuis trois ans, qu'en ce qui concerne sa trajectoire de migration « *il a vécu et vit constamment un sentiment d'humiliation* ». Il a l'impression qu'on le cadre avec « *une politique du rejet délibérée* » et que les personnes qu'il côtoie « *font tout pour renvoyer les gens* ».

Plusieurs migrants estiment faire tout leur possible pour remplir leurs obligations dans leur société d'accueil et ressentent durement ce qui est perçu comme manque de réciprocité de la part de la FAREAS et de l'ODR dans le traitement de leur dossier. Cette communication, que d'aucun considère comme plus ou moins « unilatérale » entraîne son lot de questionnements qui restent sans réponses. Le sentiment de ne pas être entendu augmente l'absence de perspective. Le fait de ne connaître ni les raisons, ni les critères de choix permettant aux autorités de trancher, maintient les personnes dans une situation où le doute est constant et amène certaines personnes à interpréter la situation comme une hostilité intentionnelle et généralisée à l'égard des RA. Ainsi cette personne venue du Yémen qui affirme :

Qu'ils [les responsables de l'ODR censés prendre des décisions sur son cas] ignorent délibérément les causes qui poussent des gens à partir, [et que] pour eux il n'y a jamais de bonnes raisons.

Plusieurs personnes nous disent avoir une impression « d'étouffement », se sentir « emprisonnés » dans leur société d'accueil.

Ce qui m'empêche d'aller mieux, nous explique cette personne de Bosnie, c'est le statut précaire de requérant, surtout pour mes filles. Vous êtes cloué dans un endroit sans pouvoir sortir, dans une société qui perçoit mal les RA, et en plus vous êtes coupés de vos proches.

Pour certains, l'interdiction de quitter le pays durant le temps de l'étude de la procédure d'asile est difficilement vécue, en particulier lorsque des événements familiaux surgissent :

N'a pas revu sa famille en Bosnie depuis 10 ans : sa mère et sa sœur au pays, c'est tout. Père mort d'un infarctus il y a 3 ans (alors que le RA était déjà en Suisse). Etre coupé de ses proches fait partie des grandes difficultés de l'exil.

### ***Logement***

Dans de nombreux cas, ce sont les conditions d'accueil et de logement en Suisse qui dominent le sentiment de frustration et est avancé comme cause première du mal-être psychique. Les multiples déménagements forcés, l'impossibilité de pouvoir choisir son logement, l'obligation d'accepter les critères d'attribution des autorités d'accueil sont des facteurs qui ne facilitent ni n'accélèrent l'intégration. Ce thème a suscité de vives critiques tout au long de l'enquête.

On constate que le trajet migratoire des RA dans notre pays est marqué par la fréquence des déménagements avant de parvenir à une stabilisation (toute relative pour les raisons évoquées ci-dessus). Une seule personne dans notre échantillon, exception qui confirme la règle, se dit contente de son logement qui lui a été attribué par la commune et non par la FAREAS, grâce

au fait que son époux a pu faire valoir un emploi rémunéré et stable. Parvenir à s'émanciper de la tutelle de la FAREAS est perçu comme une véritable libération. Les requérants font en effet état d'un sentiment de manipulation par rapport à la FAREAS, qui, selon eux, les déplacent à l'envi et sans trop de complaisance à leur égard.

Monsieur se sent surveillé et est envoyé d'un centre à l'autre sans plus de considération nous rapporte un jeune migrant.

Dans le cas des familles avec enfants, les déménagements empêchent les personnes de pouvoir s'intégrer au contexte de vie qui les entoure :

Les différents déménagements imposés par la FAREAS ont été très pénibles, déstabilisants pour les enfants qui devaient à chaque fois reconstruire leur cercle social, recommencer dans une nouvelle école, abandonner des habitudes. Un des enfants qui avait commencé des cours de piano au conservatoire n'a pas pu les poursuivre. Ils ont le sentiment que la FAREAS ne s'est pas préoccupée des aspects de commodité importants pour la famille et d'avoir été manipulés « comme un jouet ».

Parfois, l'infériorité légale ne met pas à l'abri de menaces lorsque le requérant se plaint de ses conditions :

Elle se plaint également de son logement : une pièce et demi avec une cuisine dans un vieil immeuble des hauts de Vevey, où il n'y a pas de lave linge et où l'ascenseur ne marche pas. Elle a demandé de déménager, mais la FAREAS l'aurait menacée, si elle se plaignait, de la renvoyer au centre d'hébergement de Bex.

Les conditions de logement sont aussi fortement critiquées par ceux qui sont logés dans des centres d'hébergement. Hormis l'absence de confort et d'espace privé, l'emplacement de ces centres est souvent problématique car situés en périphérie des centres urbains. Cela confine leurs habitants dans une relégation dont l'isolement est aggravé par les ressources financières restreintes dont ils disposent :

On lui a proposé de retourner à Ste-Croix, ce que N. a refusé : « Comment une fille seule peut aller à chaque fois jusque là bas ? ». Elle s'y rend juste une fois par mois pour y toucher son allocation. Ayant refusé Ste-Croix, on lui a attribué une place à l'abri PC de Bussigny, mais elle ne le supporte pas et refuse d'y aller.

Les centres d'hébergement, tels que ceux de Bex, Crissier, Blécherette, les casernes d'Yverdon dans le canton de Vaud, abritent des familles comme des personnes seules, hommes ou femmes. On y déplore le manque d'hygiène, la promiscuité et le climat de méfiance induit par ces conditions. Les célibataires vivent dans des chambres communes qu'ils doivent partager avec deux à sept autres personnes.

Les centres sont, paradoxalement, des endroits où les contacts n'encouragent pas forcément à davantage de solidarité. Les différentes nationalités s'y côtoient mais l'entente n'est pas acquise, loin de là, sans que le facteur linguistique soit l'unique raison. La méfiance règne aussi entre personnes de même origine. Questionné au sujet de ses voisins de chambre, un jeune Algérien dit ceci :

Il m'énumère leurs origines [ils sont 8 hommes à se partager la chambre] mais ne sait rien me dire sur leur parcours, même pas quelques mots à propos de l'Algérien parmi eux. Il n'y trouve aucun intérêt mais seulement des risques.

A l'écoute de cet autre jeune homme de Sierra Leone par exemple, le climat est plutôt hostile et même, selon lui, « à la criminalité ». Il nous décrit ses conditions d'hébergement comme

N'étant pas un lieu où vivent des gens, mais des animaux : il faut se méfier de tout et de tout le monde, les affaires personnelles sont volées – vêtements, nourriture, serviette de bain – son casier est fracturé, les lieux communs comme cuisine et salle de bain sont sales. Le personnel responsable n'est d'aucun secours : il n'intervient pas en cas de bagarre, il n'y a personne qui pourrait prendre sa défense... Ici c'est comme l'Afrique, poursuit-il, sauf qu'il n'y a pas de guerres...

La situation semble être moins tendue là où les familles sont majoritaires, les enfants en bas âge introduisant une synergie positive. Rassemblés autour des jeux et de la garde des enfants, les adultes se parlent et se donnent de menus coups de main.

Dans notre échantillon, la plupart des requérants logés en centre d'hébergement sont d'origine d'Afrique de l'Est et du Proche et Moyen-Orient, arrivés récemment en Suisse (à partir de l'année 2000). Le centre d'hébergement est une étape transitoire avant d'être placé, suivant les disponibilités, dans un appartement. La FAREAS gère effectivement des listes d'attente et les attribue aux personnes en fonction de la grandeur des familles. L'appartement ne signifie pas autonomie puisque le locataire officiel des appartements est la FAREAS. Mais, pour la majorité des personnes habitant dans les centres, passer en appartement signifie acquérir un peu plus de privauté.

Ce qui m'a permis d'aller mieux, nous rapporte un Ivoirien de 66 ans, c'est de passer du centre d'accueil FAREAS à mon studio indépendant.

Cependant, là aussi, l'insatisfaction demeure parfois. Plusieurs personnes, et notamment des familles, déplorent en effet le caractère exigu des appartements qui leurs sont alloués :

L'appartement la rend malade moralement, et cela se ressent aussi chez les enfants, dit-elle. Ils ont peur de sortir de la maison car ils ne savent pas communiquer avec les autres. Lorsqu'ils sont à la maison, il n'y a pas de place pour faire ce qu'ils aimeraient, et lorsque le mari les emmène en promenade à l'extérieur, ils ne veulent plus rentrer.

D'autres familles se plaignent d'être placées dans des appartements excentrés et loin de tout, ce qui accentue leur sentiment de solitude et rend coûteux tout trajet jusqu'au point de ravitaillement ou d'animation le plus proche :

La petite épicerie du village ne couvre pas leurs besoins. Ils se rendent, à leur frais, en famille [ils ne connaissant personne susceptible de garder les enfants], à Yverdon, au supermarché. Chacun revient chargé. Tout est loin, en quelque sorte inaccessible, disent-ils.

### ***Relations avec les assistants sociaux***

L'objectif de cette recherche était bien d'amener les RA à parler de leur santé et des prestations de soins qu'ils reçoivent. Nous ne considérons néanmoins pas comme

débordement du sujet le fait que dans le courant des discussions nos interlocuteurs aient évoqué les assistants sociaux mais bien comme significatif du vécu des requérants. La confusion entre les services de santé et les services sociaux est quasi généralisée et est le reflet, à nos yeux, d'une réalité où les problèmes de santé s'expliquent par les conditions de logement et/ou par l'absence de travail, deux facteurs relevant des services sociaux. Nous n'avons pas investigué en détail le travail mené par les assistants sociaux de la FAREAS, cela n'était pas inscrit au programme de cette étude. Nous relevons ici seulement les perceptions des RA à ce sujet et ne portons en aucun cas de jugement sur la qualité du travail de ces professionnels.

Il est notoire que la FAREAS est en but à de graves problèmes financiers. Les moyens attribués au travail social en sont certainement affectés. Devant les difficultés à conjuguer l'assistance sociale avec les tâches administratives et la mission institutionnelle, elle-même soumise à de fortes pressions politiques, il est aisé d'imaginer que la tâche des assistants sociaux est compliquée et que la qualité relationnelle de leurs fonctions soit dégradée. Sachant que ces derniers sont parfois en charge de plus d'une centaine de dossiers, leur travail social s'en trouve amoindri au profit de la gestion administrative des cas qui leur échoient. Les RA rencontrés ont souvent parlé négativement des assistants sociaux, nous donnant le sentiment qu'ils font les frais de l'indisponibilité de ces derniers. Bien souvent, les assistants sociaux sont les boucs émissaires des requérants qui focalisent sur leur personne les raisons des défauts et des manques dont ils se plaignent. L'augmentation des tensions, des insatisfactions et des tentatives de certains pour « s'arranger autrement », engagent les assistants sociaux vers des rapports de contrôle de plus en plus rigides et disciplinaires avec les migrants. Ces derniers ressentent ceci comme un manque de confiance et de soutien dans les échanges, font état de rapports plutôt froids et tendus, se limitant dans les meilleurs cas à la prise de l'allocation mensuelle :

Le contact très froid avec l'assistant social de la FAREAS responsable de son dossier amène Monsieur à affirmer qu'il n'y a aucune réciprocité possible.

Dans d'autres cas, les relations avec les services sociaux s'apparentent avec celles de services policiers :

Il perçoit les assistants sociaux de la FAREAS au centre d'hébergement, comme sa tutrice (« guardian ») à Lausanne (probablement en tant que mineur), dans une relation d'agression à son égard et non de confiance ni de soutien. Le premier contact avec l'assistant social de la FAREAS c'était des cris, c'était pas ce qu'il attendait. Ils lui font plus de reproches que ne lui apportent de l'aide, le remettent toujours à sa place de RA en lui rappelant toujours qu'il n'est pas suisse, donc n'a pas de droit.

Beaucoup déplorent le fait que tout un chacun soit traité de la même manière alors que chaque cas nécessiterait un traitement différencié et adapté :

Elle dit ne pas avoir de relation de confiance avec les assistants sociaux, qu'il y en a qu'ils aident et d'autres qu'ils ne veulent pas aider. Pourquoi ? Ils savent mon histoire, font des promesses mais n'aident pas.

### 3.2.2 Liens affectifs

Le présent qui nous est donné à voir dans le cadre des entretiens menés avec les RA exprime très souvent un concentré de mal-être, résultat d'enchaînements négatifs où s'entremêlent la dévalorisation due à l'exil, la perte des repères culturels, l'appauvrissement causé par la guerre, l'état de dépendance auquel la personne est confinée dans le pays d'accueil, sur quoi se greffe ou se renforce un état pathologique. La dépression qui s'ajoute à la pathologie somatique aggrave et entretient la dynamique négative dont font les frais le malade et les membres de sa famille. S'il n'est pas exceptionnel que les proches d'un malade soient affectés par la douleur endurée par leur parent, ceci apparaît de manière flagrante dans le cadre de l'asile. Pour ceux ayant vécu en situation de guerre, les traumatismes sont profonds. Pas un membre de la famille n'y échappe et les cellules familiales reconstituées en Suisse entretiennent un cercle vicieux dépressif.

Pourquoi pense-t-elle que ça s'aggrave ? « Je suis traumatisée, inquiète, triste, j'ai la nostalgie car je ne peux faire ce qu'il faut pour les enfants. Je pleure tout le temps. Peut-être que c'est dur pour eux [les membres de ma famille] de me voir comme ça. Ils sont durs avec moi, me frappent », l'aînée qui, entre autre, lui reproche sa malformation « pourquoi tu m'as pas fait comme les autres ? » ou la « frappent » avec des mots. « Ils sont difficiles. Lorsque je frappe un enfant, je le regrette toujours. »

Je suis de nature très inquiète, je ne suis pas bien dans ma tête non plus. Je suis triste. Je pleure toujours. Le matin, je sais ce que je dois faire et je n'arrive à faire aucune de ces choses. Je me sens mal à l'aise envers mon mari qui doit tout faire, même le change des enfants. Elle nous dit que quatre enfants ne sont pas encore propres la nuit. Je me sens mal à l'aise avec les enfants parce que je ne peux pas leur rendre un vrai service. Je me sens mal à l'aise avec le médecin car ma santé s'aggrave. Merci à tout le monde qui fait le maximum pour m'aider.

L'interviewée a l'impression de tout « bousiller » dans la famille car elle est agressive quand toute la famille est là ; elle passe sa colère, a l'impression qu'elle rend toute la famille malheureuse.

Les enfants participent à l'angoisse familiale, liée aux traumatismes passés et accrue par l'incertitude qui pèse sur l'avenir de la famille. Lorsque l'espace vital tend à se restreindre au seul cercle familial, les parents, et en particulier les mères davantage confinées au lieu d'habitation, ont tendance à investir toutes leurs énergies et leurs préoccupations sur la préservation du groupe familial. Il est de ce fait légitime de se demander si, dans ces situations extrêmes de repli sur l'espace familial, les enfants ne développent pas une tendance psychosomatique à répondre par des difficultés multiples aux attentions permanentes de leurs parents afin de leur donner en quelque sorte raison. La plus grande habileté des jeunes à apprendre la langue du pays de séjour et à s'intégrer au mode de vie, opère également une inversion des rôles où inconsciemment, ce sont les parents qui dépendent des enfants.

Je donne ce qui m'appartient, si Dieu le veut. Les enfants sont malades et je souffre beaucoup. Je fais des choses inimaginables [entre autre de ne pas quitter le 2<sup>e</sup> fils d'une semelle au sens propre du terme] pour mettre les enfants en sécurité. Le travail, la fatigue, ne pas dormir la nuit à cause des enfants, c'est difficile.

Il dit (le fils de 22 ans) : « Je veux me marier et avoir une famille, mais je veux pas laisser Maman toute seule. C'est moi qui fait à manger puis je sors avec ma copine, Africaine, qui a



23 ans ; des fois elle m'aide en m'achetant des habits. Elle vient chercher Maman et l'emmène pour se promener. Des fois, elles vont se promener à Lausanne.

La précarité induite dans le statut de RA semble conférer à la personne une fragilité accrue face à la maladie par rapport aux individus vivant des situations de vie mieux établies. Au point où, partis pour rencontrer un ou une malade référé à nous par le SSIRA, à plusieurs reprises nos enquêteurs ont eu à s'intéresser à la famille dans son ensemble. A un titre ou à un autre, tous les membres faisaient état d'affections de longue durée, étaient patients du réseau de santé et souffraient pour la plupart de polyopathologies.

Les deux aînés ont des problèmes psychiques et logopédiques. Elle : lorsque la maison a été détruite, un pilier est tombé sur la tête du 2<sup>e</sup> enfant. Alors, il a arrêté de parler et de marcher et fait de l'épilepsie. C'est Dieu, puis le Dr Spitz qui l'on fait remarquer. Je ne sais comment rembourser le service rendu. Il a encore des difficultés à parler et a toujours des crises d'épilepsie jour et nuit. Je dois faire une surveillance constante à la maison. A l'école, les profs s'en chargent. Maintenant, les enfants sont calmés, stabilisés.

Si la survie physique et morale du noyau familial accapare l'essentiel des soucis immédiats, il est apparent aussi combien la rupture du lien avec des êtres chers, inhérente à la migration, accentue la souffrance et agit sur le quotidien. Etre séparé des membres de la famille restés au pays accentue la tristesse et pèse sur le moral. Les contacts avec le pays d'origine sont en effet souvent rares, parfois même inexistantes, ce qui maintient l'état d'anxiété. Les membres de la famille présents dans l'exil n'en sont que plus investis du rôle de personne de ressource, aussi bien affective que sociale, les uns pour les autres.

Les trois enfants portent des noms de parents proches, notamment le petit garçon porte le nom de son oncle maternel défunt. Il remplace selon sa grand-mère ce fils qui lui manque. La grand-mère le cajole particulièrement en expliquant le rôle qu'il tient : « *je n'ai plus de fils, tu es maintenant mon fils* ».

Dès son départ en Suisse, les réserves financières de la famille ont été épuisées. La situation actuelle préoccupe Monsieur : sa mère, son épouse et une partie de ses enfants (six au total) sont restés au pays sans avoir de ressources. Depuis son arrivée, Monsieur dit n'avoir eu aucun contact avec eux. Il est en effet impossible de téléphoner, inutile, selon lui, d'écrire, le courrier n'étant plus transmis régulièrement par les services concernés. La seule possibilité consisterait à faire parvenir du courrier par une personne de confiance qui voyagerait en Somalie, « mais il n'y a, pour l'instant, personne qui répond à ce profil ». Du côté du pays d'origine donc, les liens sont actuellement inexistantes.

Le sentiment de solitude, selon les cas, cumulé avec la culpabilité d'avoir laissé les proches au pays, est souvent taraboté par l'incapacité matérielle d'entrer en communication avec la famille et de s'enquérir de son bien-être. Ne pouvant être rassurée ni obtenir réconfort, la personne plonge dans un gouffre d'angoisses dont l'issue ne peut être que douloureuse.

Il dit que penser sans arrêt à ses parents, se demander ce qu'ils deviennent, sans pouvoir faire quoi que ce soit pour les joindre, le rendait carrément malade. C'était devenu obsessionnel. La solution qu'il a trouvée est de les rayer de ses pensées.

### 3.2.3 Liens sociaux et communautaires

Comme nous l'avons vu, la notion de communauté demande à être maniée avec précaution. Provenir d'une même région géographique n'induit pas automatiquement un lien de proximité avec le « compatriote ». Les papiers d'identité, dont par ailleurs l'absence pénalise tellement la demande d'asile, ne sont pas toujours représentatifs d'une appartenance identitaire. Entre nationalité et identité, il n'y a pas de correspondance homologique similaire à celle que connaissent les ressortissants d'Etats nations qui n'ont pas connus de conflits récents et n'ont pas été affectés par des déplacements de population et des clivages ethniques du territoire national. En outre, partager un même sort peut développer un sentiment de solidarité comme de la méfiance ou de la rivalité. Les relations de confiance et de méfiance ne se trouvent pas forcément là où l'approche communautaire suppose les trouver.

Les fractures ethniques, causes ou conséquences du conflit qui se trouvent souvent à l'origine du départ du RA de son pays d'origine, ne s'apaisent pas du simple fait de l'éloignement géographique. Les références culturelles et les modes de solidarité sociale restent inchangés et demeurent d'autant plus vifs que l'asile n'ouvre pas une perspective de réorientation du parcours de vie mais, au contraire, exige de la part du requérant, d'envisager le retour à terme au pays d'origine. La « ghettoïsation » causée par le mode de logement en centre d'hébergement force en quelque sorte la rencontre entre des personnes que tout rapproche et, peut-être, que tout divise aussi. Soit les voisins sont totalement étrangers – autre langue, autres coutumes alimentaires, autres organisations familiales... – soit on s'en méfie car trop proches. Un passé commun mais douloureux n'est pas propice au développement de rapports d'amitié dans l'exil. Que penser en effet du vécu des ressortissants d'ex-Yougoslavie ayant parfois subi un exil interne dont la responsabilité est imputée aux co-victimes ? Nous avons ci-dessous l'exemple d'une famille bosniaque qui vivait dans la zone attribuée à la Serbie au terme des combats qui ont fait sauter l'ex-Yougoslavie en éclat, et déplacée alors en zone désormais bosniaque. Etrangère dans son propre pays et même parmi « les siens », cette famille avance des raisons matérielles pour motiver son départ, mais le dépit émerge aussi dans son récit.

Ils ont été déplacés de la partie serbe vers la partie bosniaque : lorsqu'ils sont arrivés dans la fédération bosniaque, il n'y avait pas de travail pour eux, ils étaient malvenus. Quand leur tour arrivait pour avoir un logement, les autres passaient avant eux, la même chose pour le travail. Il y en a qui bénéficient de privilèges. Il y a beaucoup de corruption partout. Ils n'avaient pas de quoi vivre, « nous avions faim et froid, la vie était très difficile ». C'est pourquoi ils sont partis.

L'appauvrissement de la grande masse de la population civile causé par la guerre laisse peu de place au développement d'initiatives d'entraide. Les plus mal lotis sont bien entendu les plus fragilisés dans ce type de situation et en font les frais à maints égards. Questionnés sur ses liens sociaux en Suisse, le père de cette même famille bosniaque dit ne rencontrer que des albanophones bosniaques, tout en opérant des sélections dans ses choix de relations, qui n'ont pas seulement trait à l'origine :

Nous nous rencontrons les uns chez les autres entre Bosniaques. Nous n'avons pas de lieu de rencontre. On se rend visite. Mais plusieurs Bosniaques ne nous ont pas rendu la visite. Alors, je ne cherche pas leur compagnie.

La mobilisation de conventions sociales, dans ce contexte, traduit davantage que dans des situations dénuées d'enjeux majeurs, l'existence ou pas de sentiment de confiance.

Madame dit : Nous avons des liens ...très faibles, il n'y a pas ici d'amis, j'ai peu de contacts avec les gens de Bosnie. Je ne parle pas avec les gens d'ici. Je ne fais pas de contacts. Je n'ai pas d'amis. Comment parler ? A qui parler ? Si nous avons un problème, nous demandons à l'assistante sociale ou le médecin. Le médecin nous trouve un traducteur.

Monsieur n'entretient aucune relation avec des gens de son pays, ne se mêle jamais à eux. Je les crains, ils me craignent, nous soupçonnons toujours que l'autre a fait du mal à notre famille, alors que ce n'est peut-être pas du tout le cas. Je salue les gens, c'est tout. Mais les gens me répondent poliment (surtout les gens d'ici) et j'aime me promener tous les jours et aller au parc près de la gare, il est si beau.

Plusieurs exemples, tel celui de cette relation de voisinage entre des dames originaires de Bosnie et établies depuis 1991 en Suisse, nous permettent de penser que ni la similarité de sexe, ni la durée du séjour en Suisse ne sont une garantie de voir les relations de méfiance s'estomper.

Une voisine yougoslave de leur petit immeuble à laquelle nous demandons où elle pourrait être, car elle est absente lors de notre premier passage, répond au médiateur qu'elle la connaît, elle semble aussi connaître les horaires, mais qu'elle ne la fréquente pas et ne lui parle pas. Cette dame envoie alors un enfant (plus neutre ?) à sa recherche.

Si les fractures ethniques apparaissent comme élément séparateur empêchant la constitution d'une communauté, nous verrons qu'en situation d'asile, le nivellement des requérants dans un statut partagé de pauvreté, n'est pas non plus fondateur de relations sociales solidaires.

Le système d'accueil ne prévoit aucun favoritisme. L'attribution des permis de séjour, des logements et des permis de travail, dépend de normes prédéfinies et en principe objectives. Cependant, la rudesse de leur réalité quotidienne engage les bénéficiaires de l'assistance à l'asile à développer une interprétation de leur situation plutôt encline à la victimisation. Cette posture doit être comprise comme conséquence de la dichotomie séparant le discours humanitaire, invoqué également par la Suisse, reconnaissant dans l'octroi de l'asile une mesure de protection des droits de l'homme, de la pratique de l'asile qui constitue les requérants en quasi-parias. Or, dans l'adversité, les dynamiques humaines révèlent rarement une image positive des rapports sociaux. Cette étude confirme ce qui a déjà été soulevé maintes fois par les milieux actifs dans le domaine de l'asile (gens d'Eglise essentiellement et bénévoles) et qui peut également se vérifier en milieu carcéral par exemple, à savoir que la dureté des conditions développe des attitudes de chacun pour soi (voir une description récente de cette ambiance dans l'article paru dans *Le Courrier*, Poyetton, 2003). Le peu que chacun possède, au lieu d'être partagé, doit être protégé contre le vol et la destruction causées par les voisins de sort.

Il ne veut rien avoir affaire avec les autres requérants. « 92 % des requérants sont des crapules ». Le questionnant sur ses voisins de chambrée, il m'énumère leurs origines (ils sont huit hommes à se partager la chambre) mais ne sait rien me dire sur leur parcours, même pas quelques mots à propos de l'Algérien (comme lui) parmi eux. Il n'y trouve aucun intérêt mais seulement des risques.

Le désarroi personnel ne pouvant trouver réconfort ni signe d'encouragement, se rabat souvent sur des explications simplistes de favoritisme à l'égard de ceux perçus comme plus chanceux.

Elle dit connaître les Somaliens qui habitent à Vevey, mais ne les fréquente pas. Elle dit qu'ils ont tous le permis B (le permis B est sa véritable obsession) et se sent défavorisée par rapport à eux.

Nous remarquons aussi qu'une distanciation s'opère entre requérants lorsque l'asile induit pour l'un une forte chute par rapport à son statut social antérieur. Cela était le cas pour cette dame d'origine somalienne citée ci-dessus qui appartenait à une famille aisée et puissante, avant la guerre en Somalie et le cortège de déstructurations sociales et économiques qu'elle a engendrées. N'étant plus qu'une femme privée de l'appui du clan familial, malade et pauvre de surcroît, elle ne trouve pas sa place parmi les personnes qui pourraient justement partager des références culturelles communes aux siennes, afférentes à son passé. Un homme qui occupait une haute fonction politique dans son pays avant de connaître la prison lorsque la crise y a éclaté puis de demander l'asile, ne trouve pas de terrain d'entente avec ses partenaires de chambre :

Partage une chambre avec sept autres requérants, la langue la plus commune entre eux est l'anglais, un anglais très pauvre. « Là, c'est une autre vie. Il y a des comportements qu'il faut accepter : le bruit, les cris : les gens parlent très fort, la musique », veut garder « une certaine maîtrise de la vie ». Ne cherche pas les contacts avec des compatriotes « ne sachant pas qui est qui ».

Toutefois, si les raisons de méfiance et de repli sur soi sont puissantes, on ne peut ignorer qu'il existe également de nombreux éléments fédérateurs et créateurs de liens sociaux.

**Pour conclure ce chapitre** sur une note plus optimiste, nous évoquerons ici les différentes informations obtenues dans le cadre de cette recherche, indiquant que les requérants et requérantes possèdent aussi des ressources personnelles et sociales les aidant à faire face aux difficultés de leur situation.

S'informer des procédures administratives, des opportunités de formation linguistique ou professionnelle, apprendre à connaître l'environnement géographique, découvrir les lieux d'approvisionnement bon marché et correspondant à ses propres habitudes alimentaires, démontrent une attitude proactive et moins démunie face aux difficultés. Nous avons vu précédemment. Les trajectoires : information) que souvent les RA sont tellement bousculés émotionnellement et parfois aussi culturellement face aux formalités de l'enregistrement, en particulier lorsque les services de traduction font défaut, au moment de l'arrivée, qu'ils ne parviennent pas à comprendre les détails du processus de requête qu'ils engagent par leur démarche. Il arrive cependant que des congénères ayant déjà une certaine « ancienneté » dans la situation, soient sollicités comme médiateurs dans ces cas là, apportant une aide utile dans l'orientation du nouveau requérant et dans l'appréhension de ses perspectives d'avenir. Cette collaboration, mélange de filons et de renseignements techniques, s'avère bénéfique aux deux parties : le nouveau requérant qui se trouve moins désemparé et l'informateur qui se rend utile.

Il ne se souvient pas des auditions à son arrivée. Au Centre de Bex, il ne se souvient pas de ce que l'assistant social lui a dit, il ne comprenait pas non plus. Il dit avoir tout appris des compatriotes.

Cependant, il est rare que l'aide à l'insertion se recrute parmi des étrangers. Tous les entretiens menés dans le cadre de cette recherche, toutes zones d'origine confondues, indiquent que les ressources pour s'informer se trouvent essentiellement parmi des proches de la famille arrivés plus tôt en Suisse, pour ceux qui ont la chance d'avoir de telles connexions. En revanche, il nous est apparu bien plus fréquent que des citoyens suisses procurent un soutien précieux en la matière. Cette aide est appréciée par les requérants à plusieurs égards, tant pour l'aspect pratique que pour les signes d'amitié et de compréhension qu'elle signifie.

La famille entretient avec plusieurs personnes du village des relations d'entraides (fruits et légumes, aménagements, conseils) notamment un couple dont la femme est portugaise et le mari suisse aide à la compréhension de leur correspondance, l'institutrice des enfants apporte également des éléments d'information et d'interprétation des mœurs locales.

De sa période au « bunker », il se souvient avec beaucoup de sympathie d'un monsieur (bénévole ou employé FAREAS ? il ne savait pas) qui passait des heures avec les requérants, en leur expliquant beaucoup de choses sur le fonctionnement du pays. Ce monsieur l'a même invité un soir à manger chez lui à la maison, en compagnie de son épouse et ses enfants.

Une dame bénévole vient du Sentier faire des visites aux RA et M. X. dit que cette personne est comme une mère pour lui et une amie. (Mandatée par qui ?)

Parmi les éléments fédérateurs, il est incontournable de reconnaître le rôle éminent rempli par la foi religieuse en situation d'asile. La foi est d'ailleurs la ressource citée le plus souvent par les personnes interviewées ici lorsque questionnées sur leur capacité de résilience. Si elle peut être vécue dans l'intimité, la foi appelle le plus souvent une pratique religieuse qui invite à rejoindre une communauté sociale. Celle-ci a l'avantage sur les rencontres de voisinage ou établies dans des lieux spécifiques aux RA, d'être transversale dans le sens où s'y côtoient des personnes réunies par le partage de certaines convictions et non par le statut. Grâce à la rencontre avec des ressortissants suisses, les requérants découvrent une autre facette du pays d'accueil, souvent plus compréhensive à leur égard que ce que leur témoignent les services affectés à leur prise en charge. Il arrive alors que le requérant associé à des activités qui débordent le seul cadre religieux et remplissent un rôle à la fois de soutien moral et d'intégration sociale.

Ne connaît pas d'association de compatriotes. « D'ailleurs, je ne les fréquenterais pas, cela engendrerait inévitablement des problèmes à cause des conflits idéologiques sur la situation et l'avenir du pays. D'autre part, je pense que c'est préférable de faire la connaissance de la société suisse. » Fait partie de la chorale de son village, membre de l'église, du groupe Contact-Amitié (partage de la Bible entre Suisses et étrangers), de Caritas VD et d'une fondation pour lépreux et enfants démunis.

Mais c'est surtout depuis que Madame a rejoint l'Eglise évangélique que son réseau de connaissances et d'amis s'est élargi au dehors du monde de l'asile. L'Eglise constitue son cercle social par excellence, ce qui lui donne soutien moral et matériel. Les quatre enfants ont été baptisés à Vevey et ont des parrains suisses. ... « Le monde chrétien, ça aide ». « Les amis chrétiens sont tout le cœur avec toi ».

Enfin, citons également les activités scolaires des enfants qui procurent aux parents l'occasion de rencontrer des personnes partageant des références communes aux leurs, au moins concernant les occupations de leurs enfants et pouvant, le cas échéant, déboucher sur des relations d'amitié et d'entraide.

Ses enfants sont scolarisés ; ils connaissent le français et à travers l'école ont des copains. Elle a des contacts avec deux voisins de l'immeuble et avec des Iraquiens d'origine kurde (parlent arabe). Depuis ils se parlent au téléphone. Quand il y a des actions à WARO : lait, farine, viande ; ils en achètent pour eux (ils n'ont pas de voiture !).

### **3.3 Requérants d'asile, problématiques de santé et réseau FARMED**

Notre recherche s'est employée à dégager un modèle explicatif de la santé des migrants dans une perspective dynamique et globale (Kleinmann, 1988 ; Good, 1994 ; Massé, 1995). L'aspect particulier du phénomène migratoire qui fait l'objet de notre analyse – la santé des migrants dans ses articulations entre l'offre et la demande – est ici considéré comme cause et effet d'un système global qui est le processus de mondialisation (Rossi, 2003:2039). En ce sens, les problématiques de santé des migrants donnent à voir deux facettes du système et constituent l'analyseur pour comprendre aussi bien les enjeux de l'interculturalité que ceux inhérents aux politiques de santé. Les réalités analysées au cours de cette enquête, avec leur lot de souffrances individuelles de plus en plus inéluctables, sont comprises comme une conjonction d'éléments pré-migratoires et post-migratoires, exogènes et endogènes. Le migrant arrive chargé de son bagage génétique et biologique, psychique et mental, relationnel et social, alimenté par son parcours de vie et, dans de nombreux cas, d'expériences traumatisantes. A son parcours de vie antérieur à la migration, et en accord avec les postulats de cette recherche (Massé, 1995, Rossi, 2000), s'ajoutent des facteurs socio-politiques propres à la société d'accueil et des relations de soins spécifiques qui peuvent induire des manifestations épidémiologiques et pathologiques spécifiques. Les problématiques de santé des migrants ne peuvent se comprendre indépendamment de cette convergence de facteurs. En incarnant les effets de politiques répressives, telles que l'accès insuffisant aux ressources économiques, l'application de politiques d'immigration et de politiques d'accueil (Rossi, 2003), les RA font état de problèmes qui les rendent «des infirmes du national », reflet, non seulement d'un état pathologique individuel, mais de politiques et d'une « sociomatique » (Kleinmann, 1995). En ce sens, le seul canal de l'analyse de cas individuels, présenté ici par « saturation thématique », nous engage à faire état de facteurs pré-migratoires et post-migratoires, afférents à la fois à des données biologiques et psychologiques, aux conditions de la migration, à la culture relative à la santé et aux dynamiques d'acculturation requises par l'asile. La maladie est aussi un symbole ou une métaphore, qui se définit comme « *une forme de communication - un langage des organes - à travers laquelle s'expriment la nature, la société et la culture* » (Massé, 1995:175) ; ainsi, la maladie fournit une représentation de l'ordre social, elle canalise des normes et des valeurs qui dominent dans une culture donnée. Ainsi quelque part la maladie est aussi « un langage de détresse ». De même, prendre le statut de malade et être légitimé à travers celui-ci n'est pas une démarche individuelle. Ne devient pas malade qui veut, l'individu est libre d'exprimer ses malaises, mais « *l'interprétation qu'en font les membres de l'entourage est fonction des conventions et des normes qui régissent, dans une culture donnée, les modes d'expression de la maladie* » (Massé, 1995:335). Pour le requérant d'asile, il est important de cerner toute la construction sociale

qui donne un sens à sa maladie. Nous verrons que cela n'arrive pas systématiquement. Aussi, il est primordial de comprendre que l'adaptation dans le pays d'accueil est tout aussi importante que les injustices et les vexations, voire les tortures, vécues dans le pays d'origine. En abordant les requérants d'asile par le biais des raisons de leur mal-être et des trajectoires qui en découlent, nous les avons sollicités intentionnellement à tracer les liens entre leur trajectoire migratoire et leur santé. Par le terme de trajectoire, nous entendons bien sûr non seulement le développement physiologique et/ou mental d'une maladie, mais aussi « *toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui y sont impliqués* » (Strauss, 1992: 143-144). Cela signifie désenclaver la maladie des cadres de pensées médicaux et psychologiques et de permettre au soignant de favoriser une lecture réflexive de sa pratique qui ne part pas exclusivement de la maladie – phénomène biologique et/ou psychologique – mais du travail, quel qu'il soit, pour la gérer – phénomène social (Kleinmann, 1995). Mais, tout d'abord, approchons les réponses thérapeutiques et de soins, en fonction du travail et des paradigmes en cours chez les professionnels de la santé.

### **3.3.1 Santé et conditions de vie : le somatique, le psychique et bien au-delà**

Les réalités qui nous ont été exposées mettent en lumière des parcours destructeurs pour certains, comme des exemples de dynamiques transformatrices au travers desquelles s'expriment certaines capacités individuelles à se dépasser, à se construire, à ne pas perdre l'espoir, bref à mobiliser des ressources sous forme de résilience. Que la foi (musulmane, catholique, adventiste, évangéliste, pentecôtiste...) soit la manifestation la plus nommée de la résilience et assurément un des leviers existentiels par excellence n'est pas un hasard. Nous reviendrons dans nos conclusions sur ce constat. Ensuite c'est la consommation des images TV qui constituent une des stratégies possibles pour s'en sortir. Entre le sacré et le profane, les schémas de résilience (Pipher, 1993, Cyrulnik, 2001) nous permettent de discerner les forces existantes chez un individu ou une communauté, pour faire face à un parcours contraignant ou, pire encore, déstabilisant. La résilience est un processus constitué d'un ensemble de phénomènes émotionnels, relationnels, sociaux et culturels où le sujet se faufile, c'est un art de naviguer dans les torrents. A la base, un ou des traumatismes ont fait basculer le sujet, il se retrouve blessé et allant dans une direction où il aurait préféré ne pas aller. Mais puisqu'il est tombé dans un flot qui le roule et l'emporte vers une cascade de meurtrissures, le résilient doit faire appel aux ressources internes inscrites dans sa mémoire. Il doit lutter pour ne pas se laisser entraîner sur la pente naturelle des traumatismes, jusqu'au moment où une relation sociale, un signe lui offriront une ressource externe, une relation affective, une institution sociale ou culturelle lui permettra de s'en sortir.

Ce préambule permet de porter une attention particulière à la dimension subjective de la souffrance. Fort souvent, les problématiques de santé dont ces personnes nous ont fait état cristallisent des souffrances physiques et morales à la fois. L'imbrication des registres est telle qu'il est illusoire de vouloir les séparer et de les individualiser à tout prix. S'il est généralement admis que la santé correspond à une association étroite et équilibrée du physique, du mental et du social, les troubles dont font état les RA en sont une démonstration exacerbée. Ainsi une lecture eco-systémique de la maladie s'avère indispensable (Massé, 1995 ; Rossi, 2003). Les situations entendues au cours de notre enquête nous engagent également à avancer qu'un problème de santé n'est jamais exclusivement somatique, sauf rare

exception. On ne peut exprimer de manière plus condensée, par le témoignage présenté ci-dessous, l'imbrication entre le politique et l'état de santé :

M. X dit souffrir de maux de tête également à cause de son moral. « Je ne peux pas être en bonne santé avec ma maladie et puis, il y a un an que j'attends une réponse positive de Berne et je viens d'avoir un refus, je ne peux pas retourner dans mon pays, j'aurais dû partir avec ma famille »<sup>36</sup>.

Maintes études, suisses et étrangères, font apparaître la prévalence parmi les populations de migrants de troubles psychosociaux, dans des proportions supérieures aux moyennes établies parmi les populations autochtones (Chimienti M. & Cattacin S. et al., 2001). L'étude portant sur la qualité et la fonctionnalité du réseau FARMED (Bodenmann, Althaus, Genton, Pécoud, 2003:16) impute également à la proportion importante de syndrome de stress post-traumatique le relatif fort taux de référencement des patients RA à des médecins spécialistes, en regard de ce qui est pratiqué pour des patients suisses de réseaux de santé. Si notre étude ne dément nullement cette malheureuse situation déjà bien documentée, elle affine en premier lieu la vision de la difficulté à graduer ce type de souffrance et à trier ce qui est de l'ordre du pathologique, sujet à traitement à l'aide des sciences du psychisme, de ce qui n'est pas diagnostiqué comme tel.

Notre enquête est traversée par des récits de souffrances qui n'ont pas un statut formel au sein des discours médicaux ; de la souffrance qui n'est pas reconnue comme maladie et qui de ce fait échappe à l'assistance médicale. Mais ces troubles ne font pas non plus l'objet d'une attention spécifique sur le plan social, voire de réponses issues du travail social, aucun des intervenants directs auprès des RA ne disposant des ressources nécessaires pour apporter des solutions apaisantes aux situations dont il est, ici, question. C'est ainsi qu'en réponse aux difficultés évoquées, nos interlocuteurs relatent des interventions thérapeutiques ponctuelles, orientées vers le symptôme, mais traitant rarement, à leurs yeux, la cause. Celle-ci reste inexplorée, elle est identifiée avec plus ou moins de clairvoyance par les infirmiers, qui bien qu'ils aient davantage de lucidité à ce propos n'ont pas non plus les moyens d'aborder des stratégies de réponses appropriées aux problèmes complexes posés par ces situations. Ainsi, le requérant d'asile est souvent condamné à ne jamais recevoir un traitement que l'on pourrait qualifier de préventif ou de promotion de la santé, à moins qu'on ne voie dans le « traitement » une sorte « d'effet tampon », un retour à la case départ, soit l'abandon de la perspective d'obtention de l'asile et de tous les projets de vie qui l'animait.

Elle a discuté au SSIRA avec le docteur qu'il faut régler le problème juridique. « Il m'a donné des médicaments mais ça me ralentit. J'ai arrêté de les prendre ».

Nous sommes confrontés là véritablement à une impasse pratique et conceptuelle : la tendance à penser séparément le physique et le mental – notre système médical occidental reflète cette subdivision binaire entre somatique et psychique dans les spécialisations thérapeutiques (Aiach/Fassin, 1994, Good, 1994). Cette dualité, et ses répercussions théoriques et pratiques, est un processus familier à la plupart des RA, auquel ils adhèrent, pour peu qu'ils aient eu l'occasion de consulter des médecins dans leur pays d'origine. La mise en scène des articulations et des compétences professionnelles sous-jacentes invite à traiter les maux par des thérapeutes spécifiques et des techniques de soins différentes selon le registre auxquels on

---

<sup>36</sup>Par fidélité aux propos recueillis par nos enquêteurs, le discours des RA est entre guillemets.



les associe et cela de manière complémentaire et structurée, dans la mesure du possible. Si nous sommes tous à un titre ou à un autre confrontés aux limites de cette logique, nous pouvons en temps normal puiser un soutien vital, dans le tissu social et relationnel de nos réseaux. La problématique du pluralisme médical est là pour documenter cet état de fait et cette autorégulation individuelle et sociale (Rossi, 1994, 1995, 1996, 2000).

Pour l'ensemble des requérants le « capital social » est faible. Coupés d'un espace public et privé au sein duquel ils seraient autorisés à verbaliser et à partager leurs problèmes, les RA expriment de façon tragique une situation qui les démunit. La seule issue est représentée par une prise en charge psychiatrique.

N. dit se rendre au SSIRA quand elle se sent « angoissée » et pour des problèmes ponctuels : douleurs au genou, dentiste, maux de tête... Je lui demande alors si elle pense que ses problèmes d'estomac ont un lien avec ses problèmes de logement et si elle en a parlé au SSIRA. Ce à quoi elle répond qu'elle ne leur « a pas raconté tout ça » et que « ce ne sont pas deux choses séparées » (les douleurs et les tracés). Elle voit un rapport entre ses pensées et son corps, « j'ai mal au ventre et à la tête ». Je lui demande si elle a pu parler à l'infirmière ou au médecin de ses tracés. Elle dit en avoir parlé au docteur de la PMU mais n'a pas eu l'impression de pouvoir dialoguer avec lui là dessus. Il lui a donné des aspirines suite à cette discussion. Quant à son infirmière de référence, elle dit qu'elle aimerait bien lui en parler (nous avons l'impression qu'elle trouve beaucoup de réconfort à rencontrer cette personne), mais jusqu'à présent elle a eu l'impression qu'il n'y a « pas de temps pour ça », elle n'a pas eu l'impression de pouvoir aborder des questions globales.

La façon d'exprimer ainsi ses troubles se retrouve dans l'analyse des parcours thérapeutiques des migrants (Chimienti & Cattacin, 2001). Il y aurait une tendance manifeste de la part de ces populations à exprimer par un langage somatique la détresse entraînant ainsi une surcodification de la prise en charge somatique et une sous-consultation dans le domaine psychosocial. Pourtant ce constat doit être nuancé et contextualisé en partant d'autres prémisses. D'une part, la somatisation des troubles psychiques peut être vue comme une tactique spontanée de la part des RA pour chercher du réconfort dans les espaces, relativement restreints qui leur sont donnés. En effet, les RA n'ont pas accès aux traitements psychologiques (non compris dans les prestations de services du réseau de santé) et très difficilement aux soins psychiatriques. Les déficiences au niveau des possibilités de prise en charge psychiatrique des RA sont un problème bien connu des professionnels actifs dans le domaine : difficulté de communication, problèmes de légitimation, renouvellement des savoirs théoriques de références. Sans compter l'engouement de l'offre dans le domaine psychiatrique. Dans le canton de Vaud, l'Association Appartenances et la Polyclinique psychiatrique sont les deux endroits offrant des consultations thérapeutiques aux migrants souffrants de problèmes psychiques. Manifestement, leurs effectifs ne suffisent pas pour faire face aux nombreux besoins d'assistance présentés et aux besoins recensés par les professionnels aux prises avec ces problématiques. A titre d'exemple, au moment de cette enquête, le temps d'attente pour l'obtention d'une prise en charge psychiatrique à Appartenances était de deux, trois mois.

D'autre part, la psychiatrie contemporaine est-elle appropriée et légitime pour aborder la prise en charge de la fragilité mentale des requérants d'asile ? Rien n'est moins sûr. Aujourd'hui le marché des soins psychiques est soumis à des logiques sociales et économiques qui privilégient les modèles thérapeutiques fortement insensibles à la complexité du sujet humain.

Le système des assurances maladies favorise, en effet, les thérapies validées empiriquement. Or, la façon dont on mesure et on démontre l'efficacité thérapeutique se base sur un réductionnisme empirique où ce qui n'est pas mesurable n'est pas pertinent. Sont donc privilégiées les thérapies qui utilisent des techniques standardisées, applicables à tous les patients. Selon cette définition, la vulnérabilité et la souffrance ne sont pas des états d'âme légitimes, constitutifs de la condition humaine, mais des états pathologiques. Cette conception de la santé se traduit par une pathologisation des conditions normales de l'existence (Vannotti, 2003).

Ce désintérêt pour la souffrance est beaucoup plus inquiétant quand il se manifeste chez les professionnels. Dans le domaine médical, l'invention des antidépresseurs a eu comme fâcheuse conséquence un aplatissage général de la discussion théorique autour de la dépression. Croyant agir au nom d'une psychiatrie athéorique et non idéologique, les psychiatres se limitent à repérer les symptômes, émettre un diagnostic et prescrire des médicaments. L'angoisse, la vulnérabilité font partie de la condition humaine, et ne sont pas des états d'âme contingents. La souffrance a son utilité, c'est une alarme qui nous indique que « quelque chose ne va pas », une occasion de réfléchir et de changer. Faut-il rappeler que le terme de « crise » a le double sens d'*alerte* et *possibilité de changement* ?

N'oublions pas non plus que les normes et les valeurs de la société contemporaine (valorisation du bien-être, culte de performance, etc.) favorisent la médicalisation de la souffrance (Ehrenberg, 1998). Le recours à des antidépresseurs, ou à des psychothérapies brèves, centrées sur les symptômes, peut être lu comme une réponse à des situations « d'urgence » où les gens n'ont pas le temps d'être mal car « il y a le travail », « la famille », etc. De plus, il y a des situations où les gens prennent des psychotropes en cas de pressions sociales, par exemple pour gérer les frustrations ou pour être compétitifs dans le cadre du travail. En ce sens, l'explosion de thérapies d'orientation américaine ne doit pas être interprétée comme le signe d'une augmentation du mal-être dans notre société, mais comme l'expression d'une nouvelle demande sociale : dans la plupart des cas, il s'agit moins de guérir des pathologies que d'aider les gens à être mieux dans leur peau, à accroître leur potentialité. Pour Ehrenberg, la médecine est sortie de la référence à la maladie pour adopter le couple « dysfonctionnement/performance » : on ne parle plus vraiment de guérison, mais d'amélioration des performances. On peut donc suspecter que les pratiques d'une certaine psychiatrie n'auraient pas triomphé aussi rapidement sans le consentement et l'adhésion muette des patients. Cette situation est légitime et explicable dans un contexte occidental. Mais est-elle valable pour les requérants d'asile ?

En définitive, la confusion est totale : l'impasse existentielle de l'asile déclenche ou accentue les troubles psychiques, dont l'émergence est à mettre en relation avec les trajectoires et les processus de migration, lesquels ne trouvent pas de répondant satisfaisant dans un système de santé articulé en fonction de spécialisations médicales et où de surcroît, les prestations de services orientées sur le psychisme sont insuffisantes voire mal adaptées. Dans cette situation, l'accès facilité à la médecine de premier recours, à savoir les infirmiers et les MPR dans le cadre de ce réseau de santé, se présente comme une invitation à reporter sur elle, des demandes de soutien psychologique et/ou social. Or, compte tenu de leur profil professionnel, les soignants opérant dans ces services ne sont pas habilités à offrir une prise en charge des troubles qui leurs sont exposés pour leurs manifestations psychiques mais seulement

somatiques. Dans le domaine psychique, comme nous l'avons vu, les infirmiers s'estiment insuffisamment formés et insuffisamment outillés pour procurer une aide professionnelle.

L'insuffisance de la prise en compte du poids des troubles psychosociaux dans la considération de l'état de santé des RA se traduit aussi par l'absence d'uniformisation de la qualité de leur prise en charge. Les différences de traitement exprimées au cours de nos entretiens nous laissent perplexes : une patiente, traitée pour dépression dans son pays d'origine, dit obtenir ici un suivi psychiatrique s'inscrivant dans la droite ligne du traitement qu'elle suivait avant son départ, mêmes anxiolytiques, mêmes antidépresseurs, même thérapie alliant psychiatrie et psychologie ; alors qu'une autre personne vit l'inverse, n'obtenant pas l'accès aux spécialistes du psychisme, elle se dit ballottée entre la MPR et le SSIRA. La différence entre ces deux cas extrêmes étant, dans le premier cas une jeune femme parlant parfaitement le français, arrivée munie de certificats médicaux et familière du système médical européen, dans l'autre une jeune femme ne parlant pas le français, ayant vécu toute sa vie cloîtrée dans un endroit et dénuée d'autonomie personnelle, elle est aussi relativement ignorante du système de santé occidental. Faut-il en conclure, dans le meilleur des cas, que l'absence de communication incite le médecin généraliste à se contenter d'une approche médicalisée du malaise causé par l'asile, ou au pire, émettre l'idée d'une tendance à rationner les prises en charge psychiatriques ? Cette recherche ne s'étant pas focalisée exclusivement sur les troubles psychiques parmi les RA, il nous est impossible d'approfondir ce questionnement, à ce stade.

La relation entre les épreuves endurées au cours de la migration et les problèmes de santé du moment est visible dans la majorité des témoignages recueillis et abondamment commentée dans les chapitres précédents. Sans revenir en détail sur ces aspects contextuels qui participent indéniablement à l'état de malaise exprimé par les RA, nous retiendrons ici des éléments où l'effet direct sur la santé est indiqué par nos interlocuteurs eux-mêmes.

Voici, un exemple parmi d'autres où le RA interrogé sur les motifs de sa dernière consultation au SSIRA, établit une continuité de sens entre les douleurs motivant la consultation médicale et le parcours migratoire :

Selon Madame, le stress vécu entre l'expulsion de la famille hors d'Allemagne jusqu'à leur établissement à ..., en passant par les multiples déménagements et x prolongations du permis N, y compris l'annulation du permis et le décret d'expulsion, tout cela l'a mise dans un état d'anxiété extrême, ce qui s'est manifesté par une dépression profonde et des douleurs cervicales qui ont laissé craindre la présence de tumeurs. « Avant, dit-elle, (la consultation auprès du SSIRA) c'était régulier ». Elle a réclamé beaucoup de calmants et a obtenu des séances de physiothérapie.

La relation intrinsèque entre l'état de santé et la situation de vie peut également se vérifier à l'inverse, par une évolution positive de la situation :

Au fur et à mesure que le statut de la famille semble se stabiliser, Madame dit espacer de plus en plus ses visites médicales.

L'organisation des soins répond aussi à des politiques qui définissent la logistique et les dispositifs de prise en charge de cette population dans la société d'accueil. En ce sens, le processus de « somatisation » est influencé par le réseau de significations que la personne attribue à son mal-être. Le sens donné aux modalités existentielles des structures d'accueil

fondées sur la politique d'asile et, surtout, les règles administratives imposées et l'organisation publique des institutions concernées par l'asile, influencent la perception mais aussi l'organisation et les réponses des prestations de soins. Ces diverses influences structurent le sens des conflits sociaux et des maladies des requérants d'asile.

En ce sens, les conditions de logement imposées aux RA sont un facteur pathogène que l'on ne peut pas ignorer, au vu de la récurrence des propos tenus à ce sujet. A l'opposé d'un espace privé favorable au ressourcement et à la reconstruction de soi, les logements attribués aux RA accentuent leur sentiment de faire l'objet d'une réification. Entre cohabitation forcée, promiscuité, déplacements fréquents et non choisis, inconfort du lieu et exigüité des locaux, il n'y a pas d'endroit qui leur appartienne en propre, ne serait-ce que temporairement. Si ce sont les hommes célibataires qui expérimentent le plus souvent les conditions les plus rudes avec la résidence en abri de protection civile (au cours de cette enquête nous n'avons rencontré aucune personne qui résidait, encore au moment de l'entretien, dans ce type de logement), les femmes non accompagnées placées en centre d'hébergement et les familles, logées soit en centre d'hébergement, soit dans un appartement attribué par la FAREAS, font également état de conditions agissant négativement sur leur santé.

Monsieur se sent surveillé et envoyé d'un centre à l'autre sans plus de considération... Monsieur est inquiet de vivre dans la promiscuité qu'impose le centre avec des personnes récemment arrivées en Suisse dont l'état de santé n'a pas encore été évalué (2 WC pour 50 personnes, cuisine partagée ; lieux d'accumulation plus ou moins importante des déchets de chacun).

Avant de commencer l'entretien, M. me parle pendant 30 min de la situation de sa chambre se trouvant au même niveau que la voie ferrée et à 6 m de celle-ci. Il déplore cette situation, se montre très affecté par cet état de fait et met en relation des problèmes de santé (sommeil) par rapport à cette réalité.

Le balcon du salon est rempli d'objets jusqu'au sommet des portes-fenêtres, on ne voit pas dehors. Il y a peu de lumière, elle vient surtout de la cuisine dont la porte reste ouverte. Ce salon est pourtant accueillant. On remarque partout des dentelles très élaborées faites par son épouse : « c'est comme ça que je garde patience » dit-elle avec un sourire.

Une assistante sociale suit aussi la situation. C'est elle qui a le rôle d'essayer de trouver des réponses pertinentes, pour l'amélioration des conditions de vie des RA. Pour Mme K. elle détient en effet le pouvoir de trouver un appartement dans un endroit plus favorable aux contacts avec les personnes. Ce logement, est rêvé comme une condition de la guérison dans la mesure où il est la clé pour entrer dans un contexte qui offre des ressources d'encadrement semblables à celles connues au pays.

Les témoignages recueillis au cours de notre enquête rejoignent les liens entre conditions de logement et santé établis dans le cadre de l'étude de l'évaluation de la qualité et de la fonctionnalité du réseau FARMED (Bodenmann, Althaus, Genton, Pécoud, 2003:14). En effet, dans la sélection aléatoire des dossiers qui avaient été examinés pour les besoins de cette étude, la proportion des patients résidant dans les abris de la protection civile était supérieure aux chiffres globaux de résidents dans ce type de logement au moment de notre étude (9 % de patients contre 5 % de résidents). Outre l'hypothèse émise par les auteurs de l'étude, selon laquelle leur échantillonnage pouvait avoir été quelque peu biaisé par le fait que leur enquête se soit concentrée sur la région lausannoise où le recours à des abris est plus

grand que dans le reste du canton, les auteurs supposent également que « les RA hébergés dans un abri de la protection civile consultent plus que les autres », en d'autres termes, ce type d'habitat génère un état de demande de soins. Nous trouvons un autre écho dans nos résultats d'enquête : les MPR soignent essentiellement (88 % de leurs consultations) des personnes logées en appartements. Il y aurait une corrélation entre la durée d'établissement en Suisse – critère qui permet d'accéder à un logement en appartement – et l'instauration d'une relation de soins davantage stabilisée (les MPR étant les seconds soignants après les infirmiers du SSIRA, que rencontrent les RA dans leur itinéraire thérapeutique au sein du réseau de santé).

Rares sont les RA ayant atteint un degré d'autonomie suffisant pour leur permettre de louer eux-mêmes le logement de leur choix (un seul cas parmi les 46 investigués). L'unique moyen d'accéder à cette liberté est de posséder des revenus permettant de s'émanciper de l'assistance de la FAREAS.

A leur arrivée, ils avaient sur eux un petit capital (environ 5000 \$) accumulé pour se garantir un minimum de sécurité et de subsistance. Ce capital leur a été, selon les termes de la correspondance, qui en atteste, confisqué pratiquement dans son intégralité en vue d'assurer les frais de sortie ou de renvoi éventuels. Ce capital est placé sur un compte auquel ils n'ont pas accès. Ils se sentent spoliés, même s'ils comprennent contracter une dette par l'aide qui leur est octroyée. Ils se perçoivent tout à fait dépendants d'un système sur lequel ils n'ont aucune prise et qui les disqualifie très explicitement. Ceci dit, quand je leur ai demandé ce qu'ils changeraient à leur situation s'ils en avaient les moyens, Monsieur a dit que, s'il était directeur de la FAREAS, il installerait sa famille dans un lieu plus centré, à Yverdon par exemple.

Avoir la possibilité de choisir son logement est un luxe directement en lien avec les ressources financières, totalement insuffisantes tant qu'elles ne reposent que sur l'allocation distribuée par les services de l'asile. Pour les augmenter, l'unique moyen est d'obtenir un emploi, lui-même soumis à la condition d'être autorisé à en solliciter un. Les attentes placées dans l'espoir de trouver un emploi ne répondent pas uniquement à un calcul financier. Pour beaucoup trouver un emploi c'est retrouver un équilibre psychique et se réapproprier soi-même. Travailler est un moyen pour se connecter à une réalité sociale de laquelle ils sont tenus à l'écart et dans le même temps de prendre de la distance par rapport à leur vie d'exilé. En bref, travailler est un moyen de combler la béance existentielle ouverte par l'asile, ce *no man's land* qui donne tant d'espace aux affections.

Elle aimerait travailler pour aussi moins penser, en Tunisie elle travaillait dans un magasin et aussi dans un bureau... Elle pense que peut-être une stabilité autour d'un travail, de son mari lui permettrait d'aller mieux.

Aller mieux c'est être capable de travailler.

Les combinaisons de mécanismes socioculturels et structurels ou systémiques se joignent pour influencer la trajectoire de vie des requérants d'asile. La psychiatrie est traditionnellement focalisée sur l'identification des pathologies et sur des réponses théoriques et thérapeutiques conséquentes. Bien que nécessaire, dans nombreuses situations elle ne peut pas répondre à l'ensemble des sollicitations, voire à leur complexité. Les perspectives ouvrant à des approches préventives et de promotion de la santé, dans une perspective communautaire, semblent être a priori les plus pertinents. La transformation du regard et de

la posture des professionnels, l'ouverture à un nouveau paradigme de prise en charge, semblent constituer le socle d'une réflexion nécessaire, qui nous amène vers l'exigence de rendre plus perméables et plus articulés les politiques de santé et les politiques de migration.

### **3.3.2 Réseau FARMED : perception des soins et sens des mots**

En suivant ainsi les itinéraires thérapeutiques de différents RA, on peut être submergé par le sentiment d'impasse que dégagent ces récits, tous différents et qui expriment pourtant un sentiment de mal-être et des multiples difficultés dans la vie quotidienne. Nous avons insisté sur les liens entre les conditions de vie et les processus migratoires avec la santé des RA.

Nous avons aussi montré que pour appréhender les problématiques de santé de cette population, il nous fallait considérer, dans une perspective écosystémique, la singularité et le collectif, l'exogène et l'endogène, le statut et les politiques qui lui sont associées, au même titre qu'une lecture épidémiologique et les états pathologiques objectifs.

Pour compléter l'analyse, il nous reste à aborder l'appréciation faite par les patients du système de soins qui leur est proposé. Trouvent-ils auprès des prestataires de soins l'assistance médicale, le professionnalisme, l'attention et le soutien qui leur convient pour aller mieux ? Comment mettre en perspective ces dispositifs établis pour la prise en charge de cette population avec leur point de vue ?

Ayant clairement défini la communauté comme une valorisation de la totalité qui prévaut sur l'individuel, nous avons aussi mis l'accent sur la nécessité de la désigner d'abord comme un ensemble de rapports sociaux suscités par des proximités objectivées dans un contexte préexistant : les politiques d'accueil en Suisse. En ce sens, l'émiettement des groupes sociaux sous la forme de communautés rend aussi délicate la position des professionnels, qui se trouvent écartelés entre la défense du droit des individus et la prise en charge des communautés. Ce tiraillement, comme nous l'avons vu, rend souvent ambivalent le travail des professionnels mais influence aussi les réponses des requérants d'asile.

En effet, l'impact du politique sur la constitution et la définition de la communauté des RA ne doit pas faire oublier que pour ces migrants particuliers, il y a nécessité de composer avec l'inconnu, de s'assurer des moyens d'existence mais également la volonté de maintenir certaines valeurs et pratiques, les conduisent à rechercher les liens d'appartenance en référence à leur culture d'origine, alors même que souvent leur départ était un rejet du passé. Il est ainsi nécessaire de ne pas perdre de vue l'articulation entre des ressentis subjectifs et des parcours objectifs. La notion de santé reposant sur une pluralité de savoirs et de pratiques, il ne peut se dégager d'un échantillon de personnes aux références culturelles et sociodémographiques aussi multiples que le nôtre, un discours homogène. Bien au contraire et c'est pourquoi nous trouvons utile de scinder le questionnement et proposons d'aborder la thématique en trois temps, respectivement :

- l'appréciation de la relation et des prestations offertes par les professionnels de la santé,
- l'appréciation des propositions thérapeutiques fournies par ces professionnels aux requérants d'asile et,
- l'appréciation du réseau en tant que tel.

### ***Perception de la relation et des prestations offertes par les professionnels de la santé***

Disons-le d'emblée : les témoignages recueillis auprès de nos interlocuteurs faisaient dans l'ensemble état d'une très grande satisfaction des soins prodigués, voire d'appréciations élogieuses. Plutôt que de se cantonner dans une satisfaction béate face à l'avalanche de louanges et d'en déduire qu'il n'y a rien à changer au système de santé, nous postulons l'utilité d'examiner plus finement les raisons de cette appréciation positive.

Le rôle dévolu aux infirmiers et aux infirmières, en général et plus spécifiquement dans le cadre particulier du SSIRA, met l'accent sur l'exigence d'empathie dans la relation de soins. Le rôle de l'infirmier est ambigu dans ce contexte – car à la fois investi d'une grande autonomie et de responsabilités par rapport à l'orientation thérapeutique du patient, mais se trouvant dans le même temps incapable d'agir sur les éléments pathogènes atteignant leurs patients – n'échappe pas aux requérants se rendant à la consultation infirmière. Or, l'organisation technique et administrative du réseau de santé n'explique pas à elle seule les raisons des sollicitations particulières des RA. Ces derniers ne les consultent pas uniquement parce que leur service est un passage obligé pour accéder aux autres services du réseau, mais aussi et surtout parce que l'écoute empathique qu'ils y trouvent leur est nécessaire et leur fait du bien<sup>37</sup>. Une dame nous dit :

Nous avons des consultations très fréquentes pour toute la famille, on y va pour tout,

sous-entendant par ce terme « tout » des motifs de consultations relevant aussi bien du domaine médical, que d'autres domaines. Sans aucune influence sur l'amélioration du statut de leurs patients, les pratiques infirmières amènent néanmoins du réconfort ; pour les RA, le fait d'être entendus sur les souffrances induites par leur statut est essentiel. Cette écoute de qualité n'est pas soumise à l'exigence d'une efficacité, ce qui peut certainement expliquer en quoi le rôle des infirmiers est ici moins inconfortable que celui des assistants sociaux, dont la fonction professionnelle est davantage associée à l'amélioration des conditions de vie. Au contraire de l'ensemble des autres professionnels ayant la tâche de gérer les demandes d'asile, les soignants et les infirmiers en particulier ont un rôle positif et non pas contraignant, voire sanctionnant. Cette posture les légitime encore plus aux yeux de leurs patients. En effet, la longue attente que représente la demande d'asile est cadrée par de multiples contraintes et est jalonnée d'interdictions. Dans ce parcours, la consultation infirmière et la demande de soins de santé apparaissent pratiquement comme l'unique domaine où le requérant a la liberté et le droit d'être l'initiateur de la demande de service. La rencontre avec l'infirmier est de ce fait, dans cet itinéraire douloureux, un moment chaleureux et en ce sens réconfortant. Etant dénué pour l'instant d'enjeux, l'échange peut être plus ou moins ouvert et tend toujours à l'authenticité des sentiments. Les patients se sentent « accueillis » et non « tolérés » comme c'est apparemment le cas dans les autres services – notamment les services sociaux de la FAREAS – qu'ils sont amenés, de manière obligatoire, à fréquenter. Plus la durée du séjour en Suisse s'allonge, plus la relation avec l'infirmier ou l'infirmière de référence tend à reposer

<sup>37</sup>Notons en effet que le système de double gatekeeping imposé comme mode de circulation dans le réseau de santé soulève quant à lui passablement de critiques. Plus l'établissement des personnes en Suisse est long, plus elles ont eu l'occasion de se familiariser avec le réseau de santé et plus il y a stabilisation de l'orientation thérapeutique, moins la pertinence du passage obligé par le SSIRA pour accéder aux médecins apparaît aux patients. En effet, la structure administrative du réseau impose aussi aux patients suivis par des MPR (donc des patients étant le plus souvent établis durablement en Suisse selon l'étude Bodenmann et al. (2003:23) une consultation au SSIRA tous les trois mois pour réévaluation. Pour certaines personnes, cette contrainte est même perçue comme la manifestation d'une discrimination à leur égard.

sur un rapport de confiance autour d'une intimité partagée. Nombreux sont les témoignages allant dans ce sens :

C. est « fantastique » : elles (les infirmières) comprennent bien, elles sont relax, je me sens à l'aise et libre de dire ce que je pense.

Ou encore :

« Son parcours médical est aidé par l'infirmier qui la conseille pour tout et lui fait de très bonnes recommandations. Elle a confiance à 100 % en lui ».

« Je peux aller vers l'infirmier. Il sera toujours de bon conseil pour moi. Les gens ont de la compassion. Les mots sont trop petits pour exprimer toute ma reconnaissance. »

« Ici je suis cocolée par toutes les personnes (du SSIRA) et c'est bon ».

L'avantage supplémentaire que présente le service du SSIRA dans l'univers plutôt menaçant qu'est le quotidien des RA, outre le fait que les infirmiers ne sont pas porteurs d'enjeux relatifs aux conditions de l'asile, tient aussi au fait que les patients trouvent en eux des interlocuteurs neutres, en regard des membres de la famille ou des autres RA qui leur sont plus ou moins proches. En dehors du cercle familial et social relativement retreint, les infirmiers sont en quelque sorte les uniques relations sociales basées sur la confiance dont peuvent disposer les RA :

Je me vide pas mal là-bas, même des choses très intimes que je ne dirais à personne d'autre, des choses très, très personnelles, je peux leur faire une confiance totale.

Ces sollicitations posent le niveau de l'attente très haut, ce qui contribue à donner de l'intérêt au rôle infirmier tout en rendant la tâche de ces professionnels très complexe.

Si les professionnels du SSIRA excellent généralement dans l'écoute ils partagent néanmoins ces qualités de l'expérience professionnelle avec leurs collègues du milieu hospitalier. C'est moins une spécificité du service qu'une qualité du statut professionnel. A titre d'exemple, l'incompréhension et la peur de l'hôpital ainsi que de l'opération à subir – à noter l'absence systématique d'un interprète – sont ici réduites par les gestes réconfortants de l'infirmier :

« Le séjour ambulatoire à l'hôpital n'a pas été facile pour Madame : elle se sentait seule, ne pouvait pas communiquer avec le personnel, ne comprenait pas ce qui se faisait autour d'elle et ce qui allait lui arriver. Elle dit avoir beaucoup pleuré durant l'intervention, mais elle a perçu chez l'infirmière des gestes destinés à la rassurer. L'impression à l'égard du personnel soignant est bonne. »

De par leur fonction dans le réseau de santé, les professionnels du SSIRA sont plus encore que leurs collègues médecins sollicités sur le plan affectif. Mais quelques noms de médecins sont également cités de façon récurrente dans nos entretiens lorsqu'est abordée la relation de confiance et de sympathie qui s'instaure dans le cadre de la relation thérapeutique.

Le Dr K. est un soutien : je parle et pleure beaucoup avec lui. Il porte attention à moi. Il est vraiment bien et veut faire le maximum qu'il peut pour ma santé. L'infirmière la reçoit, donne des médicaments, prend les rendez-vous et pour tous les problèmes, je m'adresse à elle et elle



trouve des solutions. Elle m'a aidé pour tous mes besoins. Elle m'a conduit avec sa propre voiture chez le gynécologue parce que je ne peux marcher longtemps. J'aime comme elle est, et je peux lui raconter ce que je veux, comme au médecin. Elle connaît ma situation. L'infirmière et le médecin, j'ai confiance. Si je ne les avais pas, je ne saurais pas quoi faire.

Ainsi, l'interprétation que font la majorité des personnes rencontrées des relations de soins qui leur sont offertes revêt deux aspects complémentaires : elles sont signe de considération à leur égard en tant qu'interlocuteurs écoutés et signe d'équité, l'attention qui leur est accordée étant comprise comme égale à la prise en charge accordée aux patients suisses. Très susceptibles sur ce plan, plusieurs ont mentionné positivement ce gommage des différences lorsque le statut de patient recouvre celui de RA :

Tout au long de son parcours, il a toujours trouvé les bonnes personnes au niveau médical pour l'aider à aller mieux. Il trouve que les gens sont très compétents et il a toujours été soigné comme s'il était suisse.

La relation de soins opère ainsi un rééquilibrage des positions sociales et ce faisant, encourage le maintien de la relation dans la durée :

Le médecin qui a traité la famille à son arrivée au Centre d'hébergement de Bex continue à suivre tous les membres jusqu'à présent, à la demande de Madame, car selon la logique du réseau, semble-t-il, ils auraient dû changer de médecin. Madame est très satisfaite par ce médecin en qui elle a toute confiance, qui fait preuve de beaucoup d'écoute et qui est devenu un réel médecin de famille. Elle se sent bien comprise par lui et apprécie le fait qu'il ne semble faire aucune différence entre eux, des patients RA, et des clients suisses. Il ne cherche pas à leur prescrire des traitements meilleurs marché sous prétexte qu'ils sont RA.

Nous avons peut être là une piste permettant de comprendre pourquoi, à catégorie d'âge égale, les RA sont davantage demandeurs de prestations de soins que les citoyens du pays. La prestation de soins ne remplit pas ici uniquement une mission publique, une prise en charge, une réponse thérapeutique mais est aussi créatrice de lien social. Ce qui constitue un point important, mais qui dépend moins de la structure du réseau FARMED que de la posture déontologique des professionnels de la santé.

Toutefois, l'appréciation positive du statut et du rôle des professionnels du SSIRA et des MPR doit être nuancée. Pour certains RA, plus que le statut, c'est la qualité humaine de la relation qui entre en ligne de compte, et cet avis est verbalisé toute provenance confondue. Si l'accent est mis d'abord sur les dynamiques relationnelles qu'ils instaurent avec les professionnels du réseau, ce n'est pas le système qui crée préjudice mais l'absence d'empathie constatée dans nombres de consultations.

*« Il revient aussi, en terme de qualité de relation, parce qu'on le sollicite, sur la question des infirmiers du SSIRA. Il évoque 2 personnes : la première un monsieur qui travaillait lors de leur arrivée ; il dit clairement que les enfants ne l'aimaient pas du tout, que chaque fois qu'ils allaient chez lui ils criaient tout le temps de peur ; l'infirmier imposait le choix des médecins, les choses à faire, il n'était pas du tout sur un plan d'échange et la qualité de la relation et de la communication étaient à ses yeux catastrophiques. Par contre, depuis l'arrivée d'une nouvelle infirmière, il nous dit « il y a un écart entre la terre et le ciel, la qualité de la relation a vraiment changé, énormément ».*

Cette appréciation de la singularité des professionnels de la santé se transforme en sentiment de discrimination dès que les RA ont demandé à changer de médecin et/ou d'infirmier parce que la qualité de la relation établie avec ces derniers ne leur convenait pas du tout. Ces demandes ont été presque toutes systématiquement refusées.

« A ma question : que faudrait-il pour que l'enfant aille mieux ? La réponse est : un autre médecin, un diagnostic plus précis posé sur la base d'analyses sérieuses suivi d'un traitement adéquat. Toutefois, ils ne prétendent pas que ce traitement ait été déterminé par leur statut de réfugiés. "Cette femme (M. utilise un terme très dénigrant d'après la médiatrice) s'est trompée, ça peut arriver à tout le monde". Ils sont donc retournés au SSIRA où ils ont demandé et obtenu un rendez-vous chez un autre médecin et aussi d'avoir dorénavant un traducteur pendant la consultation ».

« Elle a demandé à voir quelqu'un pour ses angoisses (psychiatre ?), mais le SSIRA et la doctoresse se renvoient la balle ».

Une exception qui met le doigt sur l'effacement du statut socio-économique des RA, devant la difficulté d'accepter le parcours obligé qui leur est imposé est illustrée par ces mots :

« Je ne discute pas avec les petites infirmières mais avec les grands médecins ».

### ***Perception des propositions thérapeutiques fournies par les professionnels aux requérants d'asile***

L'opinion positive portée par les patients sur la prise en charge médicale dont ils bénéficient n'est pas uniquement de nature relationnelle mais porte également sur une appréciation de la qualité des traitements administrés. Il apparaît dans les témoignages recueillis que la qualité d'écoute offerte par les soignants, appréciée par l'ensemble des RA, va de pair avec une confiance dans la qualité de la prise en charge médicale et soignante qui leur est accordée dans le cadre du réseau de santé. Plusieurs de nos interlocuteurs illustrent leur sentiment d'avoir bénéficié de soins médicaux de qualité par le fait qu'ils ne constatent pas de discrimination à leur égard par rapport aux soins attribués à la population suisse.

La fascination pour les compétences et les moyens déployés frappe tout d'abord les personnes récemment débarquées en Suisse. La médecine scientifique hautement technologisée, dont les infrastructures médicales privées et publiques disposent et que les patients RA expérimentent dans leur parcours thérapeutique, est considérée d'emblée comme performante. Que les personnes proviennent de pays où la médecine occidentale est inexistante ou moins développée, l'admiration qui s'y rapporte est identique. Pour exemple, des patients tels que ceux originaires du Moyen-Orient ou des Balkans, ayant connu dans leur pays une médecine moderne similaire dans ses approches thérapeutiques à celle mise en œuvre en Suisse, la grande différence remarquée porte sur l'organisation de l'offre. Le sentiment d'adéquation des traitements administrés découle ainsi non seulement de la structure de nos systèmes mais réside aussi dans le professionnalisme qui se dégage du mode de fonctionnement des professionnels.

Il nous parle des difficultés de se faire soigner dans son pays à la suite de la guerre : Il fallait tout payer soi-même et il n'avait plus les moyens. Au Centre d'enregistrement à Genève ils avaient déjà détecté ses différents problèmes de santé. Ici il reçoit tout ce qu'il lui faut par la FAREAS et « ils s'occupent de moi comme s'ils étaient mes propres enfants, l'infirmière,

l'assistante familiale, le médecin, je reçois des informations, des conseils, les médicaments c'est super, super, super (3x) ».

Le témoignage suivant est également intéressant car il émane d'une personne qui exerçait comme médecin en Irak et peut donc établir une comparaison professionnelle entre le système dans lequel elle pratiquait et celui qu'elle a découvert en Suisse. Il est utile de relever pour notre propos que cette personne base son jugement autant sur une appréciation scientifique de la profession que sur le système politique dans lequel elle s'exerce :

Je n'ai pas de problème de santé grave mais si j'ai quelque chose je vais à la PMU je suis très bien reçue et cela me plaît beaucoup, je suis très satisfaite du système de santé en Suisse. Je considère qu'il est d'un niveau plus élevé qu'en Irak. Soigner en Suisse c'est excellent, je ne peux pas le décrire plus que tant c'est excellent. Avant j'entendais parler de la Suisse à présent j'ai touché le système et je redis que c'est vraiment parfait. Ici il y a une démocratie et tout le monde est traité de la même façon.

Le fractionnement de la médecine en spécialisations plus ou moins cloisonnées est plutôt considéré comme un signe de compétence, garantissant au patient une prise en charge adéquate par rapport à ses besoins. Il ressort des témoignages recueillis que ce qui force l'admiration dans le système médical suisse ce n'est pas tant les exploits techniques que l'articulation entre des compétences professionnelles différenciées. Questionné sur le système de soins, un patient en provenance de la Côte d'Ivoire nous dit :

Je crois que c'est une très bonne chose dans la mesure où chacun joue son rôle. Chez moi, certains veulent à tout prix jouer le rôle de tout le monde et ça c'est pas bon. Ici, l'incompétent renvoie vers ceux qui le sont (compétents).

Il ne faut pas non plus oublier que pour certains requérants, il n'y a pas de points de comparaison possible entre les expériences médicales au pays d'origine et celle qu'ils vivent ici. Prendre soin de soi, avec l'appareillage médical, est parfois une découverte et une adaptation culturelle bouleversante. Pour exemple : un jeune homme de 17 ans, enfant soldat en Sierra Leone, souffrant d'une insuffisance cardiaque depuis son plus jeune âge.

On le sent agressé, sur la défensive en permanence, blessé par ses contacts sociaux. Il ne me parle d'aucun ami ni même d'une personne de confiance, mis à part son médecin. Plusieurs fois au cours de l'entretien il me dit que c'est la première fois que quelqu'un s'intéresse à lui (dans le sens positif)...La question de santé perdue ou retrouvée ne se pose pas ainsi dans son parcours de vie. Dans le mode de vie qu'il a connu avec la guérilla, il ne s'agissait pas de santé ou de maladie mais de « vie » ou « pas de vie ». C'est dans ce contexte qu'est abordée la santé.

Nous devons cependant nuancer cette appréciation apparemment harmonieuse. Souvent, les RA manifestent une certaine amertume due au fait qu'on dévalorise la portée de leurs savoirs, en matière de santé. L'interprétation du mal, ainsi que la communication entre professionnels et patients, révèle des malentendus interculturels notamment autour des symptômes, toujours culturellement déterminés et culturellement interprétés (Massé, 1995). En ce sens, la sémiologie médicale soumet les requérants à sa logique et laisse peu de place à la négociation et à la compréhension réciproque. Un exemple classique évoqué concerne la difficulté pour certains de comprendre que des symptômes physiques puissent éventuellement être la manifestation de problèmes psychologiques et psychosociaux.

« Je demandais qu'on fasse quelque chose pour mon mal de dos »... « Ils (médecin et infirmière) disent que ce n'est rien, mais moi, j'ai mal au dos. J'aimerais avoir un médecin qui me regarde comme il faut et qui me dise ce que j'ai. Ici, quelque chose devrait exister pour guérir le mal de dos. C'est pas juste de dire d'attendre. Faire attendre c'est pas juste » (Insiste) « L'infirmière essaie de faire ce que je lui demande (soulager le mal de dos). Mais le problème c'est le mien, à moi de trouver une solution ». (nb : Madame est une femme désemparée, solitaire et relativement peu active, qui s'en remet entièrement à Dieu.)

« Depuis lors, elle est toujours suivie par le même médecin qu'elle apprécie et en qui elle a confiance. Elle a compris (...) que ses douleurs seraient des symptômes de nervosité, mais elle ne semble pas convaincue par ce diagnostic. Elle a également compris qu'elle a un problème de thyroïde mais semble n'avoir aucune idée de ce que cela signifie (elle me demande c'est quoi la thyroïde ?) (...) Elle trouve qu'elle a perdu du poids. Elle a mal partout (elle me montre le ventre, le dos) et elle ne dort pas. (Gastrites, état anxieux et hypothyroïdie correspondent à la description qui m'a été donnée par le SSIRA) ».

L'incompréhension du discours médical s'amplifie dès que l'on est confronté aux prescriptions des professionnels de la santé, notamment en ce qui concerne la prise en charge des médicaments. L'absorption de médicaments renvoie encore une fois à la mise en perspective de la rationalité médicale et de ses stratégies thérapeutiques versus les pratiques réelles mises en scène par les requérants d'asile.

« J'ai discuté au SSIRA avec le docteur sur le fait qu'il faut régler le problème juridique (permis de séjour). Il m'a "donné des médicaments mais ça me ralentit". J'ai arrêté de les prendre ».

L'existence des antidépresseurs renforce une conception, où la souffrance n'est plus interrogée, car on peut facilement la « guérir ». Naît ainsi l'idée de la pilule du bonheur qui contribue à brûler la souffrance liée à l'expérience humaine.

Et aussi :

« Elle a reçu "des calmants pour les nerfs", mais n'en veut plus car elle en prend depuis une année et demie et en a marre. "Je n'ai rien d'autre que des soucis ».

« Elle a reçu des pastilles qu'elle dit ne lui avoir fait aucun effet, ainsi qu'une prise de sang et une administration de calmants. N'a pas gardé une impression positive de cette prise en charge. Elle continue à avoir souvent des vomissements de bile, ressent des douleurs, devient chaude »...

« Je lui demande si elle a pu parler à l'infirmière ou au médecin de ses tracas. Elle dit en avoir parlé au médecin de la PMU mais n'a pas eu l'impression de pouvoir dialoguer avec lui là-dessus. Il lui a donné des aspirines suite à cette discussion »...

Nous sommes confrontés ici aux questions suivantes : quelle efficacité a une thérapie qui cible uniquement les symptômes ? Peut-on parler, dans ce cas de prise en charge adéquate ?

Les attentes et les exigences des patients sont des variables que les thérapeutes doivent prendre en considération. On sait que les êtres humains ne se contentent pas de savoir ce qu'est la maladie, mais ils visent toujours à se l'expliquer, à donner un sens à leur malheur (Rossi, 2000). Il doit pouvoir interpréter, donner un sens aux événements qui lui arrivent, les

insérer dans son histoire spécifique, les mettre en perspective. Ces problématiques nous renvoient moins à la question de la compliance qu'à celle des pratiques des requérants.

Penser que la réponse adéquate passe par la prescription de médicaments signifie en réalité, réactualiser pour les requérants, un sentiment de marginalisation et d'exclusion sociale :

« F.N. souhaiterait un nouveau check up et une nouvelle stomatologue, mais la FAREAS (=SSIRA), ou son médecin, ou les deux ?, lui auraient fait comprendre que cela est trop coûteux. L'infirmière refuse de lui donner le bon de délégation. F.N. et son ami m'assurent qu'il est courant que la FAREAS refuse des traitements parce qu'ils seraient trop coûteux ».

« Elle a eu des ultrasons et reçoit beaucoup de médicaments. Mais bien qu'elle les prenne, elle n'a pas l'impression que ça la soulage... Elle se rend compte qu'il n'y a pas de traitement médical aux douleurs dont elle se plaint et elle trouve que les soignants ne les considèrent pas sérieusement. "Le docteur donne seulement des médicaments, mais il ne pense pas que ça peut aider". Son médecin ferait donc œuvre de soutien moral et ses médicaments seraient des placebos » ?

Par la médiation du médicament, prescrit avec une finalité et une intention qui ne sont souvent pas comprises par les RA, l'on constate encore une fois l'accentuation du sentiment de dévalorisation et de sujet discriminé. Dans ces situations, à l'évidence, une pratique qui se justifie dans une optique médicale, induit l'effet contraire de ce qu'elle vise à atteindre. En essayant de combattre les effets pervers de l'exclusion sur la santé des personnes on ne fait qu'augmenter le sentiment de marginalisation par le discours et les pratiques médicales. Le système médical peut ainsi être, ici, l'inducteur à une fragilisation de la santé encore plus importante.

Sans oublier que les discriminations évoquées sont aussi à mettre en lien avec les ressources financières des RA. De fait, la question du remboursement des médicaments peut poser problème. Pour certains médicaments, le RA n'a pas la possibilité de payer ce qui lui est prescrit.

« Ce qu'il faudrait améliorer ? C'est le système de remboursement des médicaments. Tous les médicaments prescrits par le médecin ne sont pas remboursés. Par exemple le Bépanthène, des verres solaires à mettre sur mes lunettes. Voilà 4 mois qu'ils ont reçu la facture de l'opticien chez qui j'avais été, avec un bon, et j'attends toujours leur réponse. Sinon, le système est bon ».

Ajoutons à cela que pour les RA, la prescription de génériques semble globalement comprise mais pour nombre d'entre eux, ce système accentue encore plus le sentiment d'être des résidents en Suisse de deuxième catégorie.

Il nous semble que dans plusieurs cas il y a un écart entre la qualité d'écoute accordée au patient et les moyens consacrés à lui communiquer le diagnostic et la logique thérapeutique choisie par le médecin. Comme si le médecin ne jugeait pas son patient capable de comprendre la démarche thérapeutique pour laquelle il a opté. Ce déficit communicationnel tranche avec la qualité des soins somatiques accordés à ces patients. Il y a un réel déséquilibre entre les moyens somatiques mobilisés pour soigner les personnes et ceux consacrés à l'explication et à la communication. Dans leur solitude, certains patients ont tendance à

considérer l'attitude des infirmiers et des médecins comme paternaliste, ils s'en plaignent comme étant l'expression d'un manque de prise au sérieux de leurs souffrances.

Au-delà des prestations qu'on lui fournit et qu'on lui offre, il évoque comme seul point ambivalent, un certain refrain "un peu trop insistant et qui revient tout le temps" qui consiste à dire « je t'ai donné ça, je t'ai fait ça », bref l'explication de l'acte médical est perçu vraiment comme un acte un peu trop paternaliste... Un autre exemple concerne sa femme qui allait chez le docteur pour un problème à la jambe. Le médecin lui a prescrit des crèmes, il lui disait que c'était rien de grave. Après plusieurs consultations, elle a été adressée chez le spécialiste ; elle a été opérée tout de suite à cause d'une situation relativement grave. Cela montre à ses yeux que le médecin ne prend pas trop au sérieux ce que les personnes évoquent comme étant leurs problèmes.

Il semblerait également que les prestataires de soins ne prennent pas toujours la mesure de la désorientation qui affecte certains de leurs patients RA. En effet, si la structure du réseau de santé fait sens pour des thérapeutes formés à la médecine scientifique et à l'articulation interprofessionnelle, pour bon nombre de patients étrangers, la logique du système leur échappe. Le récit du parcours thérapeutique de ces personnes révèle un bousculement, une sorte d'échec thérapeutique dans la mesure où le patient ne comprenant pas pourquoi il est adressé, précisément, à tel thérapeute (parfois ils ne connaissent pas la spécialisation à laquelle on les renvoie), il n'a pas l'impression d'être réellement entendu dans sa demande. L'impossibilité de s'approprier le traitement prescrit peut aussi avoir pour conséquence de ne pas être investi par le patient et rester sans effet sur lui.

Autres questions : Qu'en est-il de la perception des parents sur la prise en charge de leur enfants ? Certaines situations évoquent l'incompréhension :

« Les récriminations (exprimées par M. exclusivement) à l'égard du personnel soignant concernent surtout l'épisode médical du fils. Ce dernier se plaint de douleurs très fortes à l'estomac. Il a été référé à un médecin qui, suite à son auscultation, l'a envoyé faire une radiographie, suspectant une appendicite. Suite au résultat négatif de la radio, le médecin a voulu faire un test d'urine. L'enfant n'a pas voulu/pu ( ?) uriner, suite à quoi le médecin a dit aux parents qu'il n'y avait rien de grave et s'est contenté de prescrire un médicament, que les parents ne donnent pas à l'enfant estimant qu'il n'est pas utile. Les parents (M. seul s'exprime) estiment ce diagnostic pas sérieux et pas convaincant ».

D'autres situations relèvent du contrôle drastique sur les finances du réseau, ce qui a évidemment des implications dans le vécu des RA et dans leur perception de l'offre.

Monsieur est adressé au dentiste de l'hôpital par l'infirmière avec laquelle il est en contact à la FAREAS. Des douleurs à la mâchoire supérieure ont justifié que deux dents de devant lui soient arrachées dans la perspective d'être remplacées. Lorsqu'il consulte le dentiste pour le remplacement de ses dents il apprend que ces frais ont été refusés par « Berne » et qu'il restera édenté. Il se trouve un peu jeune pour accepter cela mais ne peut pas recourir. Ensuite le dentiste entreprend les soins de caries que Monsieur refuse craignant que sa bouche reste pleine de trous.

Une jeune femme en provenance du Yémen et résidant en Suisse depuis trois ans au moment de l'entretien nous fait part, ainsi, de son désarroi :

Le SSIRA l'a référée à un médecin de la PMU pour traiter ses problèmes d'estomac. N. a eu sa première consultation chez ce médecin la semaine précédent notre entretien et avait son prochain rendez-vous pour le mois suivant. N. ne sait pas nous dire quelle est la discipline médicale spécifique de ce médecin. Elle n'a pas non plus reçu d'explication sur le gatekeeping (elle découvre le système de fait en le pratiquant). Elle n'a pas trouvé le traitement de ce médecin répondant à ses besoins : auscultation, conseils diététiques et rendez-vous pour le mois suivant, c'est tout. Je lui demande si elle a l'impression de ne pas être prise au sérieux. Elle répond : "à Ste-Croix, il ne faisait rien" (qui l'aidait). Elle ajoute qu'elle trouve les traitements reçus "légers", elle aimerait savoir "ce qui se passe à l'intérieur". Et s'il y avait eu hospitalisation, examens plus poussés... je lui demande : "mmm, oui, peut être". Le médecin tente à chaque visite un autre traitement. "Mais je n'arrive pas à le comprendre, il n'y a pas de dialogue" (elle n'a jamais eu non plus de consultation accompagnée d'une traduction nous explique t-elle).

L'information qui est transmise au RA fait aussi défaut dans certaines situations, ce qui relève que dans des situations spécifiques, le manque d'écoute, de dialogue et d'échanges constitue la réalité quotidienne des RA dans l'interaction avec les professionnels soient-ils du SSIRA, de la FAREAS ou encore du réseau FARMED :

### ***Perception du réseau de santé FARMED***

L'appréciation de l'offre thérapeutique et l'importance de la qualité relationnelle doivent toutefois être articulés avec la perception du système propre au réseau FARMED, englobant, quant à elle, les stratégies administratives du réseau FARMED et le dispositif établi pour garantir une communication interculturelle, avec ou sans la présence des traducteurs. C'est aussi en relation à ces quatre facteurs que l'offre soignante et médicale s'inscrit dans des paradoxes propres au fonctionnement de ce système de santé.

Tout d'abord les règles administratives imposées aux RA. Sur ce point, la question des bons de délégation est souvent évoquée. Sur la longue durée, le système des bons de délégation est vu négativement : long, perte d'argent. Le service SSIRA et les infirmiers ne sont plus que des « distributeurs de bons » que la famille consulte essentiellement pour des raisons administratives :

Questionnée au sujet de son appréciation du réseau de santé, Madame dit clairement qu'elle trouve que

« le gatekeeping un embêtement supplémentaire et superflu. Se déplacer à Clarens signifie perte de temps, attentes, frais de déplacement... alors que tout pourrait se régler par téléphone ».

En tant que patiente régulière de son médecin, sa visite au SSIRA n'est justifiée que par l'obligation d'obtenir un bon de délégation. Elle trouve que ce système est une perte d'argent. Les infirmiers de la FAREAS ont été utiles au tout début pour comprendre le système (elle apprécie la bonne organisation de leur façon de travailler), mais à présent tout en les trouvant sympas, elle n'a avec eux que des contacts formels pour régler des questions administratives.

Ou encore, le fait de devoir toujours passer par le SSIRA – malgré le nombre d'années passées en Suisse – pour une consultation médicale ravive un sentiment d'inégalité et de dépendance :

« En ce qui concerne ses enfants, elle regrette qu'elle doive toujours aller d'abord chercher un bon pour aller chez le médecin ce qui est difficile pour une mère éduquant seule ses enfants, quand ceux-ci sont hautement fébriles ou vomissent et que le taxi coûte cher, le bus est inadapté pour le petit malade qui doit ensuite encore aller chez le médecin, le SSIRA n'est pas toujours ouvert et personne n'est là pour garder l'enfant malade. Dans les cas aigus le médecin a parfois téléphoné au Centre SSIRA pour demander directement le bon pour qu'elle ne doive pas faire tous ces voyages en laissant l'enfant malade à la maison ».

Ces jugements ne sont pas rares et l'impression d'être soumis à des consultations inutiles est bien présent :

« On devrait pouvoir aller tout de suite chez un spécialiste. C'est du gaspillage, tout ce temps et l'argent que ça coûte. »

« Ce qui les dérange c'est de devoir faire des files et perdre beaucoup de temps. Il faudrait pouvoir téléphoner à P. pour qu'il puisse prendre les rendez-vous ou téléphoner directement au médecin ».

« Depuis 10 ans Madame a connu différentes modalités de fonctionnement de la FAREAS. Aujourd'hui elle dépend de la consultation infirmière pour consulter son médecin. Cette contrainte présente, dit-elle, le désavantage de lui rappeler sa dépendance à un système d'assistante qu'elle éprouve comme une forme de contrôle. Il semble qu'au centre, les infirmiers et les infirmières soient au nombre de 4 ou 5, la reçoit celui ou celle qui est disponible à ce moment là, le suivi se fait sur la base du dossier. Madame ne s'en plaint pas. Elle les consulte en cas de douleur, de grippe ou de maux de tête. Ils lui fournissent facilement les médicaments nécessaires et dépannent lorsque le médecin n'est pas disponible.

La durée du séjour en Suisse constitue un facteur prépondérant pour comprendre ces attitudes d'intolérance. De fait, les RA qui séjournent en Suisse depuis plus de six ans, date à laquelle est instaurée le réseau, perçoivent l'introduction de ce système comme péjorative, plus constrictive, ce qui alimente un sentiment de malaise et de discrimination sociale accentuée.

Ce sentiment s'amplifie aussi dans la prise en charge thérapeutique, à démonstration du fait que le système FARMED peut avoir une influence sur la perception de la qualité de la prise en charge :

Lorsqu'ils procèdent à l'évaluation de leur santé et s'en confient à leur entourage, il leur est souvent, disent-ils, suggéré de la comparer à celle qu'ils ont connue en Angola. Cette proposition les choque. Leurs douleurs antérieures ne devraient pas, à leur sens, justifier qu'ils endurent aujourd'hui de nouvelles maltraitances. Ils sont, en particuliers, révoltés d'être contesté dans leur capacité à garantir leur sécurité, leur devenir.

Il faut aussi noter que la compréhension du fonctionnement n'est pas acquise et peut constituer des problèmes majeurs, comme nous l'avons vu plus haut avec l'incompréhension exprimée par une requérante concernant les différents traitements qui lui sont proposés.

On évoque, ici, la question des traducteurs et interprètes communautaires. Point ambivalent, selon l'origine et le genre des personnes. Si la majorité apprécie de comprendre et de se faire comprendre, pour d'autres les choses ne vont pas de soi :



« Une traductrice du centre femme l'accompagne quand c'est nécessaire. La langue c'est très important : avec un interprète, on ne peut pas parler comme notre cœur nous dirige. On devient comme un parasite si on utilise un interprète ».

Cette dernière remarque d'une des patientes nous engage à commenter quelque peu la question déjà souvent examinée ailleurs (notamment Métraux, Weber, Singy, Guex, 2003) les besoins de traduction et de médiation culturelle dans les contextes de soins aux migrants. Si globalement, notre étude, à l'instar de celle portant sur l'évaluation de la qualité et de la fonctionnalité du réseau FARMED (Bodenmann, Althaus, Genton, Pécoud, 2003:14-15), atteste de la satisfaction des patients pour les services de santé qu'ils reçoivent dans le cadre du réseau FARMED, les déficiences au niveau des services de traduction ne doivent cependant pas être ignorées dans l'appréciation de ces services. Quoique très faible en termes de proportions chiffrées, cette dernière étude indique effectivement quelques inadéquations au niveau de l'anamnèse entre l'évaluation faite par les soignants – infirmiers comme MPR – et le traitement suivi. Si ces inadéquations ne portent pas à conséquence sur l'estimation de sécurité médicale dont bénéficient les patients RA dans ce réseau de santé, nous estimons pour notre part que soignants comme patients pourraient investir leurs relations plus efficacement et donc optimiser le temps de la consultation, si le barrage de la communication était allégé par des prestations de traduction, si ce n'est de médiation culturelle. L'intérêt à consacrer plus de moyens à la communication entre les soignants et les patients RA ne réside pas uniquement dans l'optimisation des traitements et la limitation des investigations médicales (coûteuses) qui en résulteraient (Bodenmann, Althaus, Genton, Pécoud, 2003:16), mais aussi dans le soutien moral que les patients pourraient obtenir de leurs relations de soin. Les RA qui s'expriment au travers de cette étude, démontrent abondamment à quel point ils sont en attente de soutien moral. Il nous semble donc pertinent d'octroyer aux soignants des moyens qui leur permettraient de répondre plus efficacement à ces attentes et par là, d'investir plus pleinement ce qui fait la particularité de leur fonction.

Enfin, les RA proposent aussi des solutions pour améliorer la qualité des relations, la communication, l'entente et les négociations dans le cadre du réseau FARMED. Les exemples qui suivent illustrent et document la volonté de construire des relations sur la base de la réciprocité humaine, ou encore de focaliser des priorités, de rendre le réseau plus opérationnel.

« Il faut s'occuper plus des enfants, des handicapés, des vieux. » Difficile de lui faire dire ce qu'il entend par là, il élude la question. Semble avoir parfois de la peine à se concentrer « Il faut pouvoir dire ses soucis. Je connais bien mes défauts. A cause de ça, l'alcool, j'ai détruit beaucoup de choses. »

ou encore

« Il faut aussi faire des cours pour expliquer ce que c'est les Blancs aux Noirs. Vous, vous ne vous rendez pas du tout compte comment vous êtes perçus par les Noirs. » Monsieur ne se considère pas comme un des leurs. « Les Noirs font des sourires en surface. Les cours devraient leur permettre de comprendre ce qui se passe ici. Les Suisses sont toujours critiqués. Leur dire ou bien vous vous adaptez, ou bien vous partez. »

### 3.4 Synthèse

Le regard interrogateur que nous avons posé ici sur les problématiques de santé que présente une population de RA, en croisant l'interprétation qu'en font les intéressés avec les politiques de santé instaurées en faveur de cette population, a mis en relief un pan du champ social structuré autour de l'asile. Le mal-être qui domine le quotidien des RA usagers du réseau de santé, et que nous nous sommes employés à expliciter, est en quelque sorte un coup de projecteur dirigé sur ce qui est intitulé politique migratoire. Au chapitre précédent, nous avons vu comment des professionnels des soins infirmiers s'y prennent pour offrir une politique d'accueil dans le cadre d'une politique des étrangers qui leur est imposée. En cernant ici les contenus – objectifs et subjectifs – attribués par les usagers migrants à leurs épisodes de maladie, nous avons tenté de donner corps à ce qui creuse le fossé entre ces deux axes de la migration.

Si le sens attribué par nos interlocuteurs à leurs souffrances physique et morale est éminemment polysémique, l'écoute et la juxtaposition des quarante-six trajectoires individuelles abordées dans cette étude fait néanmoins apparaître des similarités porteuses d'enseignements quant au rapport entre santé et migration. La quasi-totalité des cas examinés illustre le rôle déterminant des fractures identitaires dans les souffrances exposées, souffrances où le biologique, le psychique et le social sont étroitement imbriqués. C'est en reconstituant les processus migratoires vécus par les personnes et, en filigrane de leur trajectoire d'asile, le parcours thérapeutique suivi par eux, que nous avons pu documenter l'épaisseur multidimensionnelle de leurs problématiques de santé. Ce sont leurs narrations qui ont tissé le lien entre la rupture avec une vie pré-migratoire, les conditions de vie, notamment la précarité du statut, le logement et l'absence de travail, et leurs demandes de soins. Cette homogénéité de la relation entre migration et santé réfute en revanche la pertinence d'un regroupement des RA dans une fiction de communauté face à la santé, laquelle découlerait de leur communauté de statut. Il nous est apparu que ce sont les institutions politiques qui créent cette communauté par le biais de leurs démarches visant à instaurer un cadre organisé de prise en charge sanitaire de cette population. L'analyse des liens sociaux et communautaires de nos interlocuteurs a, au contraire, fait apparaître le plus souvent une complexité des relations sociales qui engage à beaucoup de prudence dans le maniement du concept de communauté appliqué à ces vécus. A l'opposé d'un regroupement communautaire où peuvent s'investir des relations d'entraide, il nous paraît plus adéquat de considérer la satellisation causée par l'asile comme dimension influençant l'état sanitaire des individus concernés et partant, l'approche thérapeutique qui leur serait bénéficiaire. Les individus soumis au régime de l'asile vivent très souvent un exil interne dont l'effet est pathogène.

Dans ces parcours migratoires très souvent tragiques qui nous ont été donnés à voir, les relations de soins dispensées dans le cadre du réseau de santé FARMED figurent comme éléments réconfortants. Au-delà des prestations de services techniques, ou même, plus exactement en amont de celles-ci, la relation d'écoute accordée par les professionnels infirmiers du SSIRA a fonction de création de lien social. En ce sens, au vu du néant relationnel causé par l'asile, cette relation est éminemment soignante. Néanmoins, un décalage apparaît entre cette qualité relationnelle et les choix thérapeutiques qui sont appliqués. Si rien de flagrant ne peut être reproché sur le plan médical – pas plus au niveau infirmier qu'à celui des MPR et des médecins spécialistes – c'est bien le type de réponse thérapeutique qui laisse à désirer. Les conditions dictées par la politique d'asile, bien souvent

cumulées avec des traumatismes vécus à l'échelle familiale ou collective, affaiblissent les capacités de résistance des individus à la maladie et celles de reconstruction de la personne. Si cette lecture des causes profondes des demandes de soins n'échappe pas aux soignants du réseau de santé FARMED, c'est pourtant l'approche épidémiologique qui prime dans la palette des soins proposés. L'écoute et l'attention accordées lors des relations de soins de premiers recours n'ont pas le suivi thérapeutique cohérent avec cette première approche. D'une part, les structures de soutien psychosocial font sévèrement défaut, de l'autre les soins sont orientés sur l'individu sans considération pour le délitement social dans lequel il évolue. Il nous est pourtant apparu que seule une approche systémique, englobant les membres des cellules familiales concernés et l'association des approches disciplinaires du biologique, du psychologique et du social, pourraient utilement soutenir les individus et les aider à s'extraire des situations vicieuses qui sont souvent les leurs. Une thérapie interdisciplinaire nous semble également de mise pour les patients RA célibataires, chez qui nous avons constaté une détresse sociale due notamment à l'inexistence de leur tissu relationnel, non moins pesante sur leur état de santé que ne le sont les dynamiques négatives se jouant entre membres de familles traumatisés.

Soutenir la pertinence d'une approche thérapeutique davantage orientée sur la compréhension systémique des problématiques de santé manifestées par les usagers du réseau de santé FARMED, requiert également un octroi de moyens plus conséquents pour l'amélioration de la compréhension linguistique et culturelle entre patients et soignants. Un décodage de qualité des expressions non somatiques et non verbales de patients présentant des maladies de longue durée, ne peut coïncider avec une prise en charge thérapeutique non soutenue par des services de médiation culturelle et maintenant un cloisonnement entre les différentes spécialisations médicales et sociales. Il nous apparaît qu'une mise en réseau des services médicaux, sociaux et de médiation serait plus avantageusement outillée pour répondre à ces demandes de soins.



## **4. Conclusion**

**Société en transformation et innovations professionnelles, vers une perspective communautaire de la santé...**



## **4.1 Entre implicites et impensés : la profession infirmière et le réseau FARMED**

Le réseau FARMED se déploie dans un contexte sans précédent dans l'histoire de l'Humanité. En effet, nous sommes actuellement les témoins aussi bien que les acteurs de mutations inédites et fondamentales, la mondialisation en cours, qui se caractérise par l'émergence simultanée de diverses innovations sociales et culturelles s'accompagne d'un changement de références considérable. Cette évolution transforme la logique de l'offre et de la demande, tout particulièrement en ce qui concerne la problématique de la santé et de la migration. Dans cette perspective, la prise en charge des requérants d'asile par les professionnels du SSIRA doit s'accompagner d'une analyse des fins politiques, éthiques et culturelles sous-jacentes à la crise et aux solutions recherchés dans les systèmes de santé.

### **4.1.1 Relations de soins, complexité de la demande et ouverture à la co-disciplinarité**

Tout au long de cette enquête, nous avons proposé une mise en perspective du contexte de l'offre propre au réseau et de la spécificité de la demande, afin de pouvoir analyser au mieux les dynamiques des interactions entre professionnels et usagers. Ce constat s'impose tout particulièrement lorsque l'on prend en considération les trajectoires de vie des individus qui souffrent, trajectoires dont les logiques ne peuvent être appréhendées qu'à travers la reconstitution du parcours biographique de la personne, les trames sociales dans lesquelles elle s'inscrit, les épisodes douloureux qu'elle a traversés, les liens qu'elle a créés dans ses réseaux d'appartenance et ses itinéraires thérapeutiques. En ce sens, la demande de soins doit être comprise comme un phénomène essentiellement polysémique, complexe, ce qui nécessite un examen de tous les facteurs qui fragilisent ou protègent la santé des femmes et des hommes et qui, au-delà des problématiques strictement individuelles, touchent à des problématiques collectives, voire communautaires, influencées par le politique. Les liens entre pratiques et savoirs professionnels et le politique sont une évidence certaine pour les infirmiers du SSIRA ; néanmoins elle constitue en même temps un impensé au niveau de la pratique. Comment intégrer les enjeux politiques des systèmes de santé et de la loi sur l'asile comme facteurs omniprésents dans l'offre soignante ? Comment développer une véritable stratégie communautaire de la santé ?

Pour les professionnels de la santé, un tel état de fait est empiriquement vérifiable dans les activités cliniques et thérapeutiques du quotidien. En les confrontant à la multiplication des trajectoires humaines dans l'espace, ils se voient obligés de gérer les relations interculturelles dans le temps. L'adaptation continue qui en découle porte sur les interactions qui s'instaurent entre individus, société civile et soins. Ces relations sont souvent influencées par des lignes de démarcation sociale, s'insèrent dans des dynamiques d'acculturation parfois brutales ou encore révèlent des sens et des valeurs existentiels incompatibles. Les professionnels du SSIRA travaillent dans ce contexte et s'efforcent de ne pas devenir les garants involontaires, voire les instruments, du système. Ce qui rend encore plus louable et en même temps sensible leur inscription et leur mission professionnelles.

Encore plus que les conditions pré-migratoires, c'est la situation en Suisse qui pose problème aux professionnels. Sont à évoquer les politiques d'accueil et la durée du séjour, les renvois et le retour, les conditions concrètes et les lieux d'existence, la région d'établissement, le

comportement de la population locale envers les immigrants, la présence, ainsi que l'organisation dans la société d'accueil de communautés transnationales liées au pays d'origine qui peuvent constituer un soutien ou, au contraire, un frein pour les immigrés, les connaissances que les requérants ont de leur nouvel environnement, et de ses réseaux de sociabilité, les langues parlées, ou encore la structure, voire l'unité familiale. Sans oublier, évidemment, l'accès aux soins – qu'il faut considérer ici comme la garantie d'une qualité relationnelle et professionnelle digne de ce nom (Smedley, 2003). Cela signifie-t-il que les problèmes de santé des personnes qui séjournent en Suisse avec le statut de requérants d'asile peuvent être résolus dans le même cadre que les problèmes des autochtones ? Rien n'est moins sûr : au-delà de la diversité culturelle, la discrimination sociale requiert une action différente. Ne pas vouloir créer une offre de soins et médicale à deux vitesses face à la demande des « exclus » de la société relève d'une position éthique légitime, qui promeut des valeurs intrinsèque au sein des missions soignantes et médicales. Mais cette volonté doit se conjuguer avec l'exigence de réactualiser les savoirs et les pratiques. La complexité du travail avec les requérants d'asile en termes de communication, de relation et de projet thérapeutique ne peut donc qu'amener au développement d'une approche plus globale, voire « holistique », du diagnostic, de l'étiologie et du traitement et, partant, à l'élargissement des compétences professionnelles (Luckman et al., 1999 ; Watters, 2001 ; Weiss M.G, 2001), notamment par une ouverture progressive à la co-disciplinarité (Weiss R., 2003) et par un renouvellement des stratégies de santé publique (Chimienti et al., 2001 ; OFSP, 2002) permettant ainsi la création d'approches communautaires de la santé. En ce sens, la perspective des approches interdisciplinaires, et notamment les apports de l'anthropologie médicale et clinique (Rossi, 1997 ; Hudelson, 2002), contribuent à aider les professionnels de la santé à gérer au mieux la demande de soins. La socio-anthropologie peut également les aider à comprendre le contexte de leur profession et à préciser le sens de leur activité. Ce point est aujourd'hui crucial. A un tel point que les compétences médicales et soignantes, caractérisées par la rigueur d'un travail relationnel et clinique, doivent obligatoirement s'élargir progressivement afin d'intégrer dans les stratégies d'intervention, les dynamiques des mutations sociales. Cela signifie qu'il faut porter une attention croissante au processus de mondialisation et à ses facteurs constitutifs : migrations généralisées, globalisation des économies, innovations technologiques gouvernées par le politique.

Ces trois facteurs font déjà système et il serait frivole de les considérer aujourd'hui séparément. Au contraire, pour saisir la complexité de la médecine contemporaine, il faut aborder l'interaction des trois, l'interférence souvent incontrôlée de l'un sur l'autre, ou encore l'accélération intempestive de l'un sous l'effet des deux autres ; d'où les transformations sociales et culturelles de la santé et de la maladie. Si la maladie est individuelle, la santé, elle, est collective et constitue aujourd'hui un enjeu de société de premier niveau. Devenue valeur de référence, elle se définit comme une construction socialement et politiquement élaborée dont les limites sont constamment rediscutées. En ce sens, si, depuis cinq siècles, la principale source de progrès a été la rigueur croissante du raisonnement sous l'influence de la science, à la fois modèle et guide, il ne faut pas séparer l'histoire de la pensée médicale et soignante de celle des mentalités. Et si aujourd'hui il y a crise, voire une remise en cause des pratiques soignantes et médicales, ce n'est pas parce qu'elles ont changé, mais parce que l'ambiance culturelle a évolué. Ainsi, les infirmiers et les médecins du XXI<sup>e</sup> siècle ne peuvent plus faire l'économie d'une alliance avec les sciences sociales et humaines. Celles-ci leur deviendront aussi nécessaires que l'avaient été l'anatomie à la fin du XVIII<sup>e</sup>, la biologie au XIX<sup>e</sup>, la biologie moléculaire, la génétique, l'épidémiologie au XX<sup>e</sup>.



Penser au rôle infirmier contemporain, c'est aussi l'inscrire dans un parcours historique.

#### **4.1.2 Pratiques infirmières et santé mentale : ne pas réduire la personne à l'individu**

Selon des données « grises », présentées par l'assurance maladie Helsana en 2004, il y a une forte différence entre le nombre de consultations en santé mentale pour la population suisse et le collectif des requérants d'asile : respectivement 8 % et 20 %. Ces chiffres pourraient renvoyer au constat qu'au sein du réseau FARMED, une attention particulière est portée à la prise en charge de la fragilité psychique. Mais là aussi on est confronté à des contradictions. De fait, la prévalence des troubles psychiques, dans le cadre des consultations en soins infirmiers et en médecine de premier recours est élevée, avec une répercussion importante en terme de souffrance et de poids social. Selon des chiffres évoqués dans une étude (Vannotti, 2003), 50 % des patients ayant un trouble psychiatrique ne sont pas détectés dans ces prises en charge ; et la référence aux spécialistes en psychothérapie et en psychiatrie est difficile. Ce qui signifie que la maladie mentale est sous-diagnostiquée et sous-traitée, notamment en raison de l'appréhension culturelle. Dans le cadre de cette enquête, cette tendance est confirmée. Or, à un premier niveau, ce désintérêt pour la souffrance est inquiétant quand il se manifeste chez les professionnels. Dans le domaine médical, l'invention des antidépresseurs a eu comme fâcheuse conséquence un aplatissage général de la discussion théorique autour de la fragilité mentale en général et de la dépression en particulier. La réponse médicamenteuse est souvent la seule proposition effectuée. Croyant agir au nom d'une psychiatrie athéorique et non idéologique, les psychiatres se limitent à repérer les symptômes, à émettre un diagnostic et à prescrire des médicaments. Mais l'angoisse et la vulnérabilité font partie de la condition humaine, et ne sont pas des états d'âme contingents. La souffrance a son utilité, c'est une alarme qui nous indique que « quelque chose ne va pas », une occasion de réfléchir et de changer.

Au-delà des situations cliniques de syndrome de stress post-traumatique ou de dépression, réelles et présentes dans ce collectif mais pas généralisables à son ensemble, l'impression qui ressort est que ces personnes expriment une souffrance qui n'a pas une vraie et propre origine psychologique, mais reflètent la tristesse diffuse qui caractérise les inductions des politiques migratoires et le sentiment permanent de non-sûreté et de précarité. Comment donc éviter de réduire des personnes à des individus, des expressions de l'humain à des diagnostics, le sens des trajectoires de vie à la sollicitation chimique des médicaments ? Comment répondre à une souffrance qui n'a pas son origine dans une véritable psychopathologie, comment passer de l'utilisation des médicaments à la réflexion du sens qui se cache derrière les symptômes ? Plus qu'un problème individuel il ne s'agit pas d'une crise de la société qui se reflètent dans leur demande ? Et en quoi consiste cette crise ?

Assurément dans un changement sémantique du futur : les requérants d'asile arrivent en Suisse avec l'espoir d'un futur « promesse » et se trouvent confronté avec un futur « menace ». Etant donné que l'activité psychique est saine quand elle peut s'ouvrir au futur (au contraire du psychisme déprimé qui converge dans le passé ou encore du psychisme maniaque qui se concentre dans le présent), quand le futur ferme ses portes la catastrophes est inéluctable parce que les initiatives s'épuisent, l'espoir est vide et la démotivation est de plus en plus importante, les ressources imploient. Le manque d'une perspective du futur arrête le désir du présent. La seule possibilité serait alors de construire des liens émotionnels et sociales, d'éprouver le sentiment de solidarité, capable quant à lui de pousser les gens hors

isolement affectif et social. Travail très complexe, voire impossible, à la lumière du contexte de vie des requérants. Néanmoins reste une certitude : les professionnels du SSIRA, les MPR du réseau, constituent non seulement la garantie d'une prise en charge médicale et soignante mais aussi la possibilité pour les requérants d'asile d'interagir avec des acteurs de notre société, de créer des liens, de s'ouvrir à notre société civile. Reste le constat, paradoxal et amer faut-il dire, que cette ressource se réfère à une des rares expériences humaines qu'on reconnaît comme légitime aux requérants : celle de souffrir et d'être pris en charge. Les ambivalences du politique débouchent ainsi vers des formes de médicalisation de l'exclusion et de la marginalisation. Cet état de fait appelle à une véritable réflexion sur les enjeux de santé mentale dans le domaine de l'asile.

#### **4.1.3 Pratiques professionnelles et relations interculturelles : se confronter aux stratégies identitaires**

Comment les requérants d'asile trouvent des stratégies existentielles et identitaires pour faire face à des situations souvent insoutenables ? Pour cela il est utile de se référer à un des constats de cette enquête, seulement suggéré jusqu'ici, mais qui constitue de fait un analyseur par excellence de la problématique de l'interculturalité. Il s'agit du dépassement de la dualité soma-psyché par le recours très important à la foi et à la croyance comme opérateur de résilience, de ressourcement et de rétablissement de soi, voire de guérison. Bien que peut exploré dans le cadre de cette enquête, le recours à la quête spirituelle ou l'adhésion au religieux a été souvent mentionné comme moyen de faire face aux difficultés du quotidien ; d'autres études (Rossi, 2003 ; Rossi 2004) se sont penchées sur la question de la croyance comme opérateur de santé et de construction d'identité ; on propose donc par la suite de créer les liens entre le thème de cette enquête et le contexte plus large de l'univers de références des requérants d'asile.

Dans l'hémisphère Sud, et pour une bonne partie de la population migrante accueillie dans notre société, la place du sacré et de la foi est connue et reconnue (Benoist/Massé, 2002). Qu'il s'agisse de références traditionnelles dans le traitement des maladies biologiques ou mentales – pas investiguées dans le cadre de cette enquête mais qui constituent une réalité bien documentée – ou encore des Eglises de guérison (évangéliste, pentecôtiste) la croyance dans les miracles et les interventions de personnes dotées d'un charisme de guérison sont le lot quotidien d'un nombre non négligeable de ces ressortissants. En ouvrant cette réflexion, nous touchons ici à un ensemble de croyances et de pratiques qui sont aussi bien thérapeutiques que religieuses, esthétiques qu'éthiques, politiques qu'écologiques.

L'intérêt théorique pour ces questions suffit-il à les valider comme objets de réflexion pour les professionnels de la santé ? Sans aucun doute, si l'on en juge par le renouvellement rituel déployé par les nouveaux marqueurs sociaux qui se multiplient pour donner du sens à l'existence, surtout dans des situations de détresse telles celles exposées dans cette enquête. En effet, force est de constater que les valeurs et les morales religieuses ne se réfèrent pas seulement à des univers philosophiques désincarnés, mais font aussi l'objet d'usages sociaux et culturels. Parmi ceux-ci, les pratiques reliées à la santé et à la maladie constituent de véritables révélateurs. Ce besoin prend des formes multiples, « non explicites », susceptibles précisément de donner du sens aux limites de l'existence, aux parcours tragiques, à l'émergence du malheur et de la maladie (Jeffrey, 1998). Ce besoin ne se dissocie pas de la quête d'une nouvelle relation au corps, caractérisée quant à elle non seulement par une lecture

du potentiel biologique et de la structure psychique mais véritable pôle de convergence physique et métaphysique entre soins et religion. Nécessité qui s'impose d'autant plus si l'on considère, *a contrario*, qu'un être humain immortel et imperméable à la douleur ne serait sans doute ni médicalisé ni croyant.

C'est donc à la convergence des soins, des religions et de la spiritualité que la construction d'un humanisme contemporain se re-actualise et prend sens par les pratiques de santé et de résilience documentées par les parcours de RA. Cet état de faits détermine non seulement les perceptions et les expériences que les individus ont des événements médicaux, mais aussi les moyens qu'ils ont de les influencer et de les contrôler. Nous pénétrons ainsi dans la construction sociale et culturelle de la santé : une hétérogénéité des regards, une pluralité de « dire » et de « faire » face au corps, un besoin de transcender aussi bien les limites prosaïques de l'existence que la rationalité des références qui la gouvernent – médicale et économique, politique et moral – et qui vont bien au-delà du dispositif proposé dans le cadre du réseau FARMED. Toute personne souffrante se lance dans une quête thérapeutique, en fonction aussi des disponibilités et des recours possibles.

La médecine scientifique a expulsé toute référence religieuse de son univers conceptuel : elle est intégralement laïque. Nous connaissons tous les avantages immenses de cette radicalisation. Mais, ce faisant, elle s'écarte de la forme de réponse que recherchent nombre de ceux qui expriment une souffrance. On peut avancer l'hypothèse que les requérants d'asile, face à l'épreuve du pathologique, attendent de la médecine et des autres modes de soins un soutien analogue à celui que la religion pourrait leur fournir. Comme si chaque acte de soin induisait le besoin de donner une cohérence à un corps à la fois métaphysique, mental et biologique. En ce sens, maladie, douleur et souffrance, voire la mort, constituent la source commune de la médecine et la religion. Ainsi est-il artificiel de dissocier le religieux du médical. Les mécanismes qui construisent le corps et ses maux ne sont pas seuls à avoir une réalité, ce qui leur donne du sens est aussi primordiale et doit aussi interroger les pratiques médicales (Charles, 2001 ; Brown, 2001 ; Burton, 2002 ; Post, 2001). Ceci permet d'ouvrir la réflexion sur les ressources qui permettent de faire face aux difficultés des processus migratoires.

Face à la souffrance et à la douleur, nous assistons à une reconfiguration des repères identitaires. La quête de santé s'accompagne souvent d'une quête de spiritualité, voire d'un besoin de religion. Les pratiques mises en œuvre ne visent pas exclusivement à l'efficacité, mais s'emploient aussi à renouveler les dimensions cognitive, émotionnelle, sensorielle que chaque recours thérapeutique implique. En ce sens, l'offre soignante et médicale montre bien sa pertinence et la légitimité de ses interventions mais aussi ses limites. Entre l'inné biologique et les acquis socio culturels, les parcours des RA ouvrent aux multiples potentialités de la personne et permettent au corps d'exprimer, aussi, une trajectoire biographique et des injonctions culturelles ; il « parle » le langage de sa culture, qui devient une dimension constitutive de son individualité et de sa corporéité. Dans la mesure où la culture limite, en les spécialisant, ses potentialités innées : chaque personne, soignant ou patient migrant, est un acteur *de* et *dans* sa culture.

Dans un contexte de mondialisation, la relation et la communication sont au centre de la pratique soignante : au-delà des différences culturelles et des modes de vie, ainsi que des normes auxquelles les sujets et les groupes se réfèrent, ce qui est réellement en jeu, c'est

l'analyse des processus de la relation à l'autre, de l'altérité constitutive et irréductible que tout sujet doit reconnaître et aménager dans sa propre construction, aussi bien en tant que praticiens qu'en tant que patients. Pour les professionnels, il s'agit dès lors de se sensibiliser à des valeurs collectives et individuelles non plus homogènes mais hétérogènes, non plus uniques mais plurielles, afin d'assurer une dignité et une qualité de prise en charge à tout le monde. Chacun est ainsi soumis à l'élaboration de sa propre identité dans un contexte nouveau, celui du « métissage » – phénomène qui incarne une résistance à l'oppression de l'uniformisation – et à l'exacerbation des particularismes et celui de l'interculturalité ensuite, notion à appréhender comme la tentative d'élaborer des limites à l'affirmation des différences, particulièrement quand elles risquent de remettre en cause « le vivre ensemble ».

Autour de ces considérations sur l'interculturalité, il reste un impensé majeur : le besoin de connaître la culture d'autrui relève essentiellement de besoins et de demandes liés quasi exclusivement aux interrogations et aux finalités professionnelles. Ce qui réduit la réalité d'autrui à la mesure de ce que l'on veut qu'il soit, de ce qu'on veut comprendre de lui. Réduire ce sens à un seul modèle calibré, de surcroît médical et soignant, c'est prendre le risque d'un appauvrissement considérable des sociétés humaines. En ce sens, l'identité culturelle occultée – cette expropriation progressive des êtres humains hors de leurs sociétés, de leurs normes et de leurs valeurs – doit nous rappeler que la question de la culture ne porte pas sur des pratiques folkloristes, mais sur la capacité et le droit qu'ont les hommes en société de produire le sens de leur vie individuelle et collective.

Cette attitude, caractérisée par une anthropologie résiduelle évidente, nous incite à réfléchir sur la prétendue rationalité des êtres humains, sur leur adhésion potentielle à la rationalité médicale – véhiculée par les discours et les réponses thérapeutiques, ce qui constitue un postulat implicite des actions soignantes et médicales – sur la cohérence de leurs comportements, sur les liens entre ce que l'on sait des conséquences possibles et ce que l'on fait...

La complexité du travail avec les requérants d'asile en termes de communication, de relation et de projet thérapeutique ne peut donc qu'amener au développement d'une approche plus globale, voire « holistique », du diagnostic, de l'étiologie et du traitement et, partant, d'élargissement des compétences professionnelles (Luckman et al., 1999 ; Watters, 2001 ; Weiss M.G, 2001), notamment par une ouverture progressive à la co-disciplinarité (Weiss R., 2003) et par un renouvellement des stratégies de santé publique (Chimienti et al., 2001 ; OFSP, 2002).

Bref, le travail des praticiens véhicule des responsabilités très importantes et un renouvellement du savoir et de la posture conséquents : redonner la santé ou gérer au mieux la maladie, les amène à partager l'intimité et l'essence des patients requérants d'asile. Pour eux et avec eux ils s'ouvrent à l'humanité d'un monde en pleine transformation censée les surprendre et les étonner plutôt que les verrouiller.

#### **4.1.4 Pratiques de soins et relation soignante**

La mise en scène du réseau FARMED, infirmières, médecins et migrants, rend les analyses théoriques et les synthèses malaisées. Le parti pris, pour ne pas dire le pari des auteurs – à savoir de restituer au lecteur un regard pluriel, sous la forme d'un récit à plusieurs voix – n'y est pas indifférent.

Les professionnels du SSIRA ont aussi témoigné d'un tel état de fait et cela est empiriquement vérifiable dans les activités quotidiennes. En les confrontant à la multiplication des trajectoires humaines dans l'espace, ils sont obligés de gérer les relations de soins dans le temps. L'adaptation continue qui en découle porte sur les interactions qui s'instaurent entre individus, société civile et soins. Ces relations sont souvent influencées par des lignes de démarcation sociale – imposées par le politique – s'insèrent dans des dynamiques d'acculturation parfois brutales ou encore révèlent des sens et des valeurs existentiels incompatibles. Les professionnels inscrivent leurs pratiques dans ce contexte, mais sans une mise en perspective des contradictions qui les caractérisent.

Ce constat s'impose tout particulièrement lorsque l'on prend en considération les trajectoires de vie des individus qui souffrent, trajectoires dont les logiques ne peuvent être appréhendées qu'à travers la reconstitution du parcours biographique de la personne, les trames sociales dans lesquelles elle s'inscrit, les épisodes douloureux qu'elle a traversés, les liens qu'elle a créés dans ses réseaux d'appartenance et ses itinéraires thérapeutiques. En ce sens, la demande de soins doit être comprise comme un phénomène essentiellement polysémique, ce qui nécessite de se pencher sur tous les facteurs qui fragilisent ou protègent la santé des femmes et des hommes et qui, au-delà des problématiques strictement individuelles, touchent à des problématiques collectives, voire communautaires, influencées par le politique.

Parce qu'on annule les enjeux liés à un statut défavorable en matière de droit civique, notamment dans le domaine des soins – le réseau FARMED a été imposé – auxquelles s'ajoutent un ensemble de disparités, largement documentées dans ce travail, qui caractérisent leur condition sociale. L'analyse et les évaluations du réseau FARMED, et donc des politiques prescriptives publiques, doit ainsi s'efforcer de saisir le contraste entre les succès économiques du réseau, la pertinence d'une prise en charge pluriprofessionnelle (Bodenmann et al., 2003) avec les silences en matière d'inégalités de situation, contraste qui prévaut dans la totalité de ce collectif particulier. Le paradoxe est ici flagrant et relève encore une fois du domaine du politique : comment assurer une cohérence dans la prise en charge de cette population, de cette communauté établie, les requérants d'asile, si ce même collectif est totalement intégrée dans une perspective politique de la santé publique (programmes OFSP), et des enjeux économiques de la santé (la LAMal) mais ne l'est pas du tout dans une perspective politique d'intégration et de sociabilité en vue d'une insertion dans notre société civile (loi sur l'asile et loi sur le travail) au sein de la société civile ? Cette question met en avant une position peu confortable et rend d'emblée l'expérience du réseau FARMED et celle des professionnels du SSIRA, paradoxale et contradictoire.

Le réseau FARMED est un bouillon de cultures – professionnel et social –, mais il est surtout un véritable champ de bataille pour les infirmières, engagées dans un exercice d'équilibre permanent dans les relations avec les RA, dans la collaboration qui peut aussi être confrontation avec les médecins, contre les directives administratives et gestionnaires toujours plus envahissantes et détaillées. Ainsi au SSIRA, devenir infirmier, c'est réussir à poser des frontières symboliques et sécurisantes avec les « MPR », les « RA », les gestionnaires, les responsables du service, les économistes, les politiciens.... Au défaut de clarifier de manière articulée toutes ces relations. Les professionnels doivent apprendre à gérer la problématique de la bonne distance à maintenir, pour pouvoir exercer au mieux leur pratique.

Pourtant, force est de constater que les patients requérants d'asile sont les vrais et les seuls garants de l'ordre statutaire des infirmiers du SSIRA. A la fois objets de discours et sujets de relation, ils sont les principaux médiateurs de la construction de l'identité des soignants. Mais, dans la continuité des paradoxes, ils sont aussi les principaux responsables de sa dissolution.

En effet, il ressort des narrations des professionnels qu'il existe un lien caché et fort qui unit souvent malgré eux les soignants aux soignés : risques de mimétisme qui vont de pair avec la précarité de rôles artificiellement distincts. Les infirmiers du SSIRA finissent en effet toujours par (re)découvrir le désarroi de leurs patients, sans pour autant avoir la possibilité d'y donner des réponses adéquates et pertinentes. Cela amène souvent à se prémunir face aux dérives possibles : ceux qui expriment beaucoup leur souffrance, ceux qui dépriment à force d'attendre un permis de séjour, un travail, un changement d'appartement, de revoir un membre de leur propre famille, les insoumis et les revendicateurs, ceux qui espèrent en vain une amélioration de leur état de santé ou encore des signes définitifs de guérison... Toutes ces personnes sont dans un état de latence pénible, quasi impossible à assumer. Il convient alors, inconsciemment, de nier la souffrance que les requérants d'asile véhiculent, de la gommer par un discours soignant et/ou médical. Les professionnels trouvent une parade ambiguë en assignant à certains patients une typification relevant du « mauvais patient » afin de pouvoir soigner les « bons soignants » et afin, surtout, de pouvoir survivre eux-mêmes en tant qu'infirmiers. Pour survivre, les soignants créent alors un monde replié sur lui-même comme le dit Vega (2001), doté d'un tribunal permanent et tourné vers un ennemi imaginaire, construction caractéristique des microcosmes (prisons, garnisons, etc.).

Les malades seraient ainsi la matière première renouvelable offrant le moyen de se différencier et de se valoriser mais plus encore de s'ériger, contre toute vraisemblance, comme bien portants. Comme si l'intégrité des soignants du SSIRA ne pouvait se construire que contre et malgré les requérants d'asile.

Les pratiques des professionnels du SSIRA s'inscrivent aussi dans la restructuration de leur service, qui appartient, rappelons-le, au DUMSC. Dans la partie qui précède nous avons vu comment des actions communautaires dans le domaine de la santé soulèvent des questions de société, donc politique. Il est alors fondamental, au niveau du SSIRA, de maintenir une adéquation entre la nature des enjeux à traiter et les actions à développer.

#### **4.1.5 Assumer les paradoxes, innover avec les valeurs**

Dès lors, comment conjuguer théories et pratiques en vue de planifier, réguler, évaluer les interventions soignantes et médicales face au malheur existentiel, à la douleur physique et à la souffrance mentale ?

Les pratiques du SSIRA s'inscrivent dans le cadre d'un réseau. Le réseau est nécessaire, a des avantages, on y gagne en termes financiers. Ces nouvelles formes d'organisation impliquent, d'une part, une forme d'expertise ou d'intelligence collective du système et, d'autre part, un choix limité de fournisseurs de prestations. Leurs objectifs sont explicites : coordonner les prestations pour mieux contrôler les dépenses, et créer de nouvelles références en matière de droits et devoirs des professionnels et des patients. Mais le processus et les réformes qui en découlent constituent en même temps une opération complexe. Pour les soignants et les

médecins, ceux-ci sont souvent perçus comme un changement imposé et, souvent, de difficile application. Ils ont vu leur autonomie considérablement réduite, étant désormais concurrencés et souvent évincés aussi bien dans leurs choix de planification que dans leurs activités de gestion par des administrateurs et des économistes. L'introduction progressive des nouvelles technologies comme instruments de pratique professionnelle (gestion des dossiers, administration du travail) passe inéluctablement par la maîtrise de l'informatique. Le travail se modifie, l'acte médical se double d'une saisie de données, la relation soignante intègre l'ordinateur comme outil de légitimation. L'espace de liberté est restreint, les contraintes de plus en plus importantes, le sens et l'éthique professionnelle souvent en déroute. On le constate d'abord chez les professionnels de la santé eux-mêmes. En effet, les réformes en cours substituent progressivement aux propriétés qualitatives (les compétences des individus, les relations humaines, la proximité et la durée qui permettent de saisir la complexité des patients, etc.) une démarche quantitative (fournir des actes de soins et mesurer, voire justifier ces actes). Face à l'obligation d'inscrire les enjeux des transformations sociales et culturelles dans les pratiques professionnelles, les conflits d'intérêt augmentent tandis que, dans leur sillage, une dégradation des conditions de travail et du statut des professionnels se fait sentir (Junod, 2001). Ces changements conjoncturels affectent plus particulièrement la prise en charge des requérants d'asile et participent, avec les politiques migratoires et les relations interculturelles, au contexte du travail des professionnels de la santé. En ce sens, les sujets impliqués dans un travail médical et de soins modifient leur pratique professionnelle et le sens de celle-ci : soigner des pathologies, définies par un diagnostic, signifie reformuler a priori – au nom de l'efficacité – les éléments du projet thérapeutique, les interventions et leurs articulations, les médicaments à prescrire, la durée du traitement. Tout acte de soins ne dépendrait plus d'une relation spécifique mais des résultats prescrits : l'agir comme recherche d'une solution est substitué par le faire comme production de résultats (Rossi, 2002). Les implications en termes d'économie politique de la santé sont évidentes. Si dans la logique de l'offre et de la demande de soins, ce n'est plus l'identité professionnelle mais le rôle et la fonction qui sont déterminants, les politiques de santé n'auront plus pour finalité de gouverner des êtres humains mais des actions, des interactions, des structures, seule façon de rendre la complexité sociale compatible avec les projets et les calculs financiers.

En ce sens, le SSIRA est l'objet d'une planification ; mais il ne faudrait peut-être, au contraire, trouver le sens de ses pratiques dans un contexte de stratégie ? La nuance entre ces deux termes est fondamentale quant aux enjeux de l'autonomie du service et de son inscription dans un réseau qui valorise la coopération et la collaboration interprofessionnelle. Une planification n'est possible que lorsque les variables et les enjeux à planifier sont relativement connus, mesurables et prévisibles. En ce sens, les objectifs à atteindre sont clairs et les étapes à suivre strictement définies. Ces approches tentent de systématiser l'analyse et l'action en permettant aux professionnels d'être « organisées » face à des situations compliquées. Mais ce même raisonnement, voire cette option stratégique, n'a plus de sens dès lors que l'on est confronté à des situations complexes, qui demandent des actions différentes, appelées non plus systématiques mais systémiques. On est alors confronté à un véritable changement de paradigme. L'expérience du SSIRA se situe à cheval entre des situations cliniques individuelles compliquées, des relations humaines et un contexte de pratiques professionnelles complexe. A ce titre, une situation compliquée est une situation convergente, qui peut être solutionnée, optimisée tandis qu'une situation complexe ne peut pas l'être. On peut maximiser la gestion des médicaments mais on ne peut pas maximiser le temps d'une consultation. Les réalités humaines ne sont pas convergentes, elles divergent et doivent être

traitées au cas par cas. Sans quoi, les prescriptions de santé publique source et objet de cette enquête, risquent non seulement de créer des problèmes dans l'optimisation de la prise en charge individuelle mais aussi d'avoir des conséquences néfastes aux niveaux social et politique.

Plusieurs solutions possibles sont envisageables, parmi lesquelles celles de réunir connaissances, réflexion et action (Saul, 1997) ou encore de créer des « dialogues démocratiques » dans le domaine de la santé (Pauchant, 2002). Bref, de relier les compétences soignantes aux enjeux politiques de leurs pratiques.

Le regard socio-anthropologique révèle ainsi le visage de Janus du réseau FARMED.

D'un côté, le requérant d'asile est peut-être, après tout, le seul, le vrai gagnant de l'histoire. Objet de prises en charge foisonnantes mais discordantes, entouré de personnes « merveilleuses » chargées d'empathie, professionnelles et compétentes, on lui donne toujours à penser : que ses maux relèvent de la « fatalité », qu'il a un « fichu caractère » ou au contraire du « courage ». Au gré des professionnels rencontrés, il est jugé, aimé, sommé de se taire et de lutter pour guérir ou survivre. On lui demande sans répit de se re-construire.

De l'autre côté, les professionnels sont désormais confrontés à une nouvelle définition des rapports entre les pratiques médicales et soignantes et les constructions sociales et culturelles de la santé. Cette évolution requiert une analyse de l'articulation entre action médicale et liberté individuelle, déterminisme politique et indétermination des agir individuels et communautaires, des idéologies dominantes et des résistances sociales (Maggi/Cattacin, 2003). En ce sens, la problématique de la santé et de la migration dévoile les logiques d'une véritable politique culturelle de la santé (*health policies*) (Dozon/Fassin, 2001) et nous renvoie aux prescriptions politiques – la migration comme enjeu des politiques d'admission et d'accueil, la migration comme enjeu d'un renouvellement des savoirs et des pratiques dans le domaine de l'interculturalité, la migration comme champ et laboratoire d'expérience des systèmes de santé, bref la migration comme construction politique, sociale et culturelle qui se greffe sur les pratiques médicales et soignantes.

Une telle lecture met en évidence le danger d'un glissement vers des approches ouvertement utilitaristes de la santé. De fait les propositions que les politiques culturelles de la santé énoncent, aussi bien en termes de prescriptions que de normes établies, déterminent un rapport à la fois symbolique et pratique entre professionnels et patients, qui constitue son véritable socle culturel, autrement dit une culture politique de la santé (*politics of health*) (Dozon/Fassin, 2001). Cela signifie bien la nécessité d'une prise en compte de l'humain, qui semble de mieux en mieux reconnue en médecine et plus particulièrement au SSIRA, l'action soignante et médicale participe, par la modification du sens de sa pratique, à une vision spécifique de l'être humain, qu'il soit médecin ou patient. Pour paraphraser Kemp (2001), on pourrait dire que l'on traite les requérants d'asile selon l'idée qu'on s'en fait, de même qu'on se fait une idée des requérants d'asile selon la manière dont on les traite.

En ce sens, les pratiques professionnelles inscrites dans le réseau FARMED ne sont pas uniquement influencées par les politiques de l'asile et de la santé, mais évoque directement le système qui s'organise autour d'une marchandisation du monde et de la vie. Ce système plonge l'individu contemporain, qu'il soit professionnel ou usager des services de santé, dans



une misère qui n'est pas seulement économique et sociale mais aussi symbolique ; une misère qui soumet le symbolique aux forces instrumentales de la technologie et de l'économie. D'où l'exigence de dénoncer le trafic croissant des pseudovaleurs, l'instrumentalisation de la souffrance et de la mission du travail soignant et médical. La médecine et les soins constituent, nous rappelle Kiefer (2004) l'avènement continu de la singularité. Elles défendent la personne dans son irréductibilité. Là prend origine son regard sur les valeurs. La culture soignante et médicale se fonde sur une singularité subtile, pacifique et ouverte. Mais ce sont précisément ces formes-là de la culture et de la singularité, les élaborées les complexes, qui tendent à s'effacer. On est confronté à une forme de virulence, c'est-à-dire une attaque visant la perte de toute immunité de l'humain.

Sommes-nous dès lors confrontés à l'avènement d'une gestion de la maladie individuelle – la prise en charge soignante et médicale des requérants – qui transforme la santé collective – le collectif des requérants d'asile au sein du réseau FARMED – en un lieu d'interprétation du social, à un discours d'énonciation des politiques utilitaristes et globalisantes des années à venir ?

L'analyse de la relation entre santé et requérants d'asile et des pratiques professionnelles dans ce domaine dévoile la complexité et la difficulté croissante du travail de l'infirmier et du travail du médecin, qui ne sauraient faire l'impasse sur une réflexion tenant compte des dynamiques de transformations propres à la mondialisation et aux sociétés plurielles et aux besoins conséquents du renouvellement des identités et des rôles professionnels.

## **4.2 Les paradoxes de la « santé communautaire <sup>38</sup> » ou le traitement d'un malaise et ses conséquences sur le rôle et la fonction d'infirmière**

### **4.2.1 Les paradoxes de la santé communautaire ou le traitement d'un malaise**

Tout au long de cette étude, un certain malaise nous a habités. Il peut se résumer par la question : oui ou non le SSIRA inscrit-il sa mission, ses savoirs, ses pratiques et son expérience dans une logique de ce qu'il est convenu d'appeler « la santé communautaire <sup>39</sup> » ou peut-être plus adéquatement une approche communautaire de la santé ?

---

<sup>38</sup>Parce que l'utilisation de l'expression « approche communautaire de la santé » est plus adaptée au langage actuel et correspond probablement à une réalité plus efficace de la démarche, cette expression remplacera l'intitulé classique « santé communautaire ». Mais les difficultés liées à sa compréhension ne tiennent pas à des questions de sémantique, mais d'abord au processus de changement que la santé communautaire implique.

<sup>39</sup>Pour une présentation historique du concept de « santé communautaire », on peut lire : Institut Théophraste Renaudot, *Pratiquer la santé communautaire, de l'intention à l'action. (Histoire du concept de « santé communautaire » et place dans les systèmes de santé)*. Ed. Chronique sociale, Lyon, 2001, pp. 31-37.

*Mais pourquoi se poser une telle question ?*

Avons-nous travaillé, dans cette recherche, avec des références explicites dans ce sens, telle une Charte du Service dans laquelle serait nommé le concept de l'OMS sur les soins de santé primaires (OMS, Alma-Ata, 1978) et la santé communautaire (OMS, Charte d'Ottawa, 1986) ? Avons-nous perçu une exigence de formation en approche communautaire de la santé dans le recrutement du personnel infirmier ? Existe-t-il une philosophie d'action, commune à chaque membre du SSIRA, centrée sur une dynamique propre aux soins de santé primaires et à cette approche communautaire ? A ces différentes questions, il est difficile de répondre par l'affirmative. Les documents mis à notre disposition, l'analyse des entretiens individuels et collectifs du personnel infirmier, ainsi que celle des requérants d'asile, mettent plutôt en évidence une réelle disparité d'interventions sur ce sujet et une certaine ambiguïté autour de la compréhension du concept lui-même, pour ne pas dire parfois une certaine ignorance.

Il est évident que le malaise n'est pas lié aux personnes rencontrées. Par ailleurs, si ce constat, cette ambiguïté sont relevés, ils ne portent à aucun moment préjudice à la qualité des prestations du personnel infirmier. Ce malaise participe plutôt d'une impression confuse née de la confrontation d'une pratique exercée par des professionnels des soins, réellement conscients de la complexité des situations dans lesquelles ils doivent intervenir, mais limités dans leur champ d'intervention, et d'une réalité de terrain qui ne peut être que pluridimensionnelle (médicale, sociale, psychologique, culturelle, religieuse, économique, politique).

*Ce malaise peut-il s'expliquer ?*

Nous sommes dans une configuration particulière parce que, à la fois, cette confrontation demanderait une politique plus globale de la santé telle qu'une approche communautaire pourrait l'offrir, mais en même temps, le « sujet de l'intervention » qui légitime le SSIRA est peu ou pas compatible avec cette philosophie d'action. En effet, le RA est soit intégré dans le pays d'accueil si sa demande est acceptée et là d'autres questions se posent qui élargissent le champ de cette démarche, soit sa requête est refusée et son départ annule toute perspective raisonnable d'engager réellement une démarche complète d'approche communautaire de la santé.

On est confronté à une contradiction, celle d'une intention « politique » de prise en charge d'une population au statut particulier et celle d'une difficulté de cette même prise en charge sur le plan de la santé publique.

*Où se situent les paradoxes en lien avec une approche communautaire de la santé ?*

Sans vouloir entrer dans une analyse exhaustive de ce qu'est une approche communautaire de la santé, il nous semble que nous pouvons nous retrouver autour d'un certain nombre de déterminants. Pourquoi y faire allusion ici ? Dans la mesure où nous acceptons l'hypothèse de ce malaise, nous pouvons alors mettre en évidence quelques paradoxes en lien avec cette approche, telle que l'analyse faite auprès du personnel du SSIRA les a soulignés. Pour bien comprendre cette démarche, il est nécessaire de poser d'abord quelques repères en matière de soins de santé primaires et d'approche communautaire de la santé. L'analyse des entretiens en particulier dans les réponses données par les infirmiers aux problèmes de précarité et dans les

modalités d'intervention de l'environnement du patient (participation des proches et de la communauté) constitue le passage dans lequel pourraient se nourrir quelques aspects propres à notre réflexion.

### *Quelques déterminants*

Il est intéressant de rappeler que l'OMS introduit sa Constitution<sup>40</sup> par des principes que l'on retrouve dans quatre concepts constitutifs de sa conception de la santé :

- La justice parce que, pour chaque individu, la santé est « un des droits fondamentaux de tout être humain ».
- La paix parce la recherche et la promotion de la santé « de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde ».
- L'égalité dans les savoirs et la connaissance pour lutter contre telles ou telles affections ainsi que dans les niveaux de prestations de soins.
- Et enfin la responsabilité-participation, parce que la santé est une responsabilité individuelle et collective et qu'elle ne se développe que grâce à « une coopération active de la part du public ».

Par ailleurs, il est aussi utile de savoir que c'est sous la présidence de H. Mahler (1973–1988) que trois brèches<sup>41</sup> ont été ouvertes<sup>42</sup>. Il s'agissait :

- De reconnaître l'interdépendance entre santé et développement.
- De remettre en cause le modèle biomédical d'une certaine industrie médico-pharmaceutique et d'une forme de néocolonialisme auquel l'un et l'autre ont conduit<sup>43</sup>.
- De dénoncer les inégalités sociales dans le domaine de la santé en recherchant une redistribution des ressources sanitaires à l'échelle mondiale.

C'est sur ces bases historiques et conceptuelles que s'est construite progressivement une nouvelle approche en faveur de la santé publique dans le monde et qui permet aujourd'hui de parler d'approche communautaire de la santé.

Nous dégageons de cela trois déterminants qui nous paraissent significatifs de cette mouvance et pourraient synthétiser le cadre d'une approche communautaire de la santé.

1. Les approches globales de développement de la santé sont les plus efficaces en lien avec les cinq stratégies de la Charte d'Ottawa<sup>44</sup> (établir une politique publique saine – créer des milieux favorables – renforcer l'action communautaire – développer des aptitudes personnelles – réorienter les services de santé).

---

<sup>40</sup>Constitution signée le 22 juillet 1946 et l'OMS naquit le 7 avril 1948.

<sup>41</sup>H. Mahler, *Introduction au rapport d'activité pour 1973*, Actes officiels de l'OMS, n° 213, p. IX.

<sup>42</sup>Qu'en est-il aujourd'hui ? ceci est une autre question...

<sup>43</sup>H. Mahler, *Discours prononcé devant l'Assemblée mondiale de la santé*, Genève, 9.5.1978 – *Introduction au rapport d'activité pour 1975*, Actes officiels de l'OMS, n° 229, p. VIII – *Discours prononcé devant l'Assemblée mondiale de la Santé*, Genève, mai 1977.

<sup>44</sup>OMS (1986) Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Copenhague : Bureau régional de l'Europe, Organisation mondiale de la Santé.

2. La question de partage des savoirs et des pouvoirs et l'implication réelle de la population en plaçant les personnes au centre des processus de décisions et de l'action (Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la santé – 1997).
3. La prise en compte du temps comme réalité socioculturelle donnant sens aux questions de santé (Fontaine, 1993).

Cette présentation rapide des principales orientations du concept « santé communautaire » montre combien cette notion peut être utilisée dans des sens parfois très différents et nous nous référons à l'idée que « la notion de santé communautaire est classique quand elle travaille sur les comportements mais se révèle révolutionnaire quand, en amont, elle montre la vanité de ces efforts si les structures, elles, ne sont pas prêtes à évoluer »<sup>45</sup>.

Nous touchons là certainement une des ambiguïtés majeures de toute approche communautaire de la santé : une approche qui fait appel à cette notion doit réaliser qu'elle s'inscrit dans une démarche citoyenne donc politique au sens plein du terme.

#### *Regard croisé avec la réalité du SSIRA ou les limites de son approche communautaire de la santé*

Le SSIRA est dans une configuration de réseau de santé impliquant plusieurs types de professionnels. Sa mission est d'offrir « une couverture complète des soins médicaux »<sup>46</sup> (Bodelmann, all. 2003) à des RA. Il est confronté à des problématiques sociales, politiques, culturelles et communautaires vu les origines de la population suivie. Couverture complète des soins médicaux, cela veut dire prendre en compte l'ensemble des problématiques de santé présentées par une population d'hommes, de femmes et d'enfants, caractérisée par un statut particulier, celui de RA.

L'infirmier, dans le cadre de sa consultation de type gatekeeping, est confronté d'abord à une demande de type médical, laquelle masque la plupart du temps une demande de type psychologique, social, voire économique et politique.

Autrement dit, le SSIRA est directement en phase avec des personnes appartenant à une population aux caractéristiques particulières certes, mais dont les droits et les devoirs restent ceux de tout être humain quelles que soient leur origine et les raisons pour lesquelles ils sont en Suisse, car « *la maladie et la souffrance n'ont pas de frontières et l'accès à des soins fait partie des droits imprescriptibles de l'homme* »<sup>47</sup> (Fassin, 2000).

Or, tout accès aux soins entraîne un regard sur la santé qui ne relève pas d'un domaine exclusif et autonome, mais intègre des questions d'autres secteurs, tels le droit au logement, l'accès à l'éducation, la possibilité de bénéficier d'un écosystème stable, de la justice sociale et d'un traitement équitable (OMS, Charte d'Ottawa, 1986). On le sait, au cours des deux

---

<sup>45</sup>Jean-Daniel Boegli, La promotion de la santé, un moyen au service d'un concept : la santé communautaire, document interne, ODES (office des Ecoles en Santé), Service de l'Enseignement spécialisé et de l'appui à la Formation, Département de la Formation et de la Jeunesse (Etat de Vaud), 14.11.2002.

<sup>46</sup>Rapport d'étude, *La prise en charge médicale des RA en Suisse : évaluation de la qualité et de la fonctionnalité du réseau vaudois (FARMED)*, P. Bodelmann et all, PMU, juin 2003, p. 5.

<sup>47</sup>Revue Hommes & Migrations, *Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration*, Didier Fassin, No 1225 – mai/juin 2000.

dernières décennies, la recherche scientifique<sup>48</sup> à travers le monde appuie l'évidence à l'effet que l'environnement social influence les habitudes de vie et les comportements de santé mais aussi l'incidence de la maladie. Elle a aussi démontré qu'une communauté peut améliorer la santé de ses membres lorsque les gens s'investissent et travaillent solidairement à la réalisation de projets visant des changements favorables à la santé. Ces observations confirment la nécessité d'associer les communautés aux prises de décision et à la participation dans les efforts de promotion et protection de la santé et de prévention de la maladie. L'intervention avec les communautés et au profit du développement de la santé de celles-ci fait référence à des stratégies de mobilisation et de soutien qui reconnaissent le droit et la capacité des individus et des communautés locales à participer aux décisions et aux actions qui les concernent. Cela fait partie des ingrédients reconnus parmi les plus prometteurs pour améliorer la santé et le bien-être. Nous pourrions évoquer ici l'idée d'articuler d'une manière plus opérante les dimensions social et santé, telles qu'elles apparaissent respectivement au travers de la FAREAS et de la PMU, en développant une synergie spécifique et structurelle, vu la parenté des populations concernées par ces deux services.

Il est inutile de poursuivre cette démonstration, les professionnels sont conscients de ce terrain pluridimensionnel. A leur mesure, ils ont donné des réponses à ces situations pluri-dimensionnelles et, dans une certaine manière, sont entrés dans une démarche communautaire de la santé. Cette recherche l'a mis en évidence dans l'analyse qui en a été faite, (voir entre autres le chapitre « Interventions infirmières pour répondre aux problèmes de précarité » et celui « Modalité de participation des proches du patient et de la communauté des patients requérants »). Par contre, et c'est là que réside essentiellement le malaise, le champ de leur intervention est limité dans la durée et le suivi, vu la précarité du statut des RA et cette réalité, peut conduire à une insatisfaction.

Il y a également une autre raison, corollaire à la précarité du statut et qui entretient ce malaise, c'est la difficulté à imaginer une approche communautaire de la santé avec des personnes dont l'objectif premier n'est pas le souci de santé, mais l'attente d'un titre de séjour et d'une reconnaissance de la demande d'asile. Or, dans une approche communautaire de la santé, les actions de santé sont faites autour d'un projet commun, d'un souci commun de santé, pour faire émerger un projet collectif, communautaire plus global, prenant en compte les thématiques déjà évoquées de l'éducation, de l'emploi, du cadre de vie... Ici, la communauté n'est pas celle qui renvoie à une origine ou à une appartenance, mais bien à des conditions semblables vécues ensemble par différentes personnes. Là encore, le SSIRA, dans ce registre très précis « action de santé autour d'un projet commun porté par un groupe de personnes », est renvoyé à ses limites structurelles et institutionnelles. Cela ne veut pas dire que l'on ne pourrait pas identifier dans tel ou tel espace de vie occupé par des RA une démarche s'apparentant à cette dynamique (Rossi, 2003).

Cette dernière limite, et nous l'évoquions précédemment, ouvre sur une autre réalité propre à toute approche communautaire de la santé, c'est le fait de reconnaître que les actions communautaires, dans le domaine de la santé, peuvent être considérées comme des actions citoyennes, politiques dans la société. Une action de santé par son caractère pluridimensionnel, autour d'un projet commun porté par un groupe de personnes, soulève des questions de société concernant le « vivre ensemble ».

---

<sup>48</sup>Centers for Disease Control and Prevention (1997) Principles of Community Engagement. CDC/ATSDR Committee on Community Engagement CDCP - Public Health Practice Program Office. Atlanta, GA).

La situation des RA est une question de société, donc politique. Une approche communautaire de la santé dans le sens fort du terme ne peut faire l'économie de ce qui, en amont, préside à la demande de soins. Il n'appartient pas à cette étude d'ouvrir ce volet, mais si on s'engage dans un référentiel telle qu'une approche communautaire de la santé, il est indispensable que ceux qui s'en réclament soient conscients d'une fonction citoyenne dont elle est porteuse.

En résumant l'analyse de ce malaise d'une manière volontairement schématique, nous dirions que le SSIRA, par son fonctionnement, ne participe pas d'une démarche qui se réclame d'une approche communautaire de la santé. Les requérants d'asile ne peuvent être considérés comme une communauté constituée autour d'un projet commun quel qu'il soit d'ailleurs, d'autre part, la fragilité de leur statut limite toute perspective dans le temps d'une initiative commune dans le domaine de la santé.

Ne pas participer d'une démarche clairement identifiée « santé communautaire » n'invalide nullement l'activité du personnel du SSIRA. Nous avons relevé, dans le cadre de cette étude, un souci réel de prise en charge des personnes accueillies. En plus d'un consensus dans la compréhension générale de la mission du SSIRA, l'enquête a permis de mettre en évidence des modèles d'intervention par lesquels le personnel infirmier exprimait une conception globale de cet accueil.

Cependant le contexte et le statut des requérants d'asile constituent un lieu de débats et d'interrogation pour celui qui cherche à travailler avec un référentiel tel que celui d'une approche communautaire de la santé. L'ambiguïté et le malaise prennent racine dans cette situation paradoxale.

Ce constat pourrait paraître décevant. Il n'en n'est rien, car il ouvre sur une question essentielle qui intéresse la fonction et le rôle infirmier. L'approche communautaire de la santé et la pratique des soins infirmiers sont intimement liées. A plusieurs reprises d'ailleurs, l'OMS a évoqué la place primordiale des soins infirmiers en santé communautaire.

Nous souhaitons dans ce dernier chapitre conclusif engager une réflexion à ce sujet et proposer dans les limites de notre analyse et de cette étude quelques pistes susceptibles d'être prolongées.

#### **4.2.2 Rôle et perspectives de la fonction d'infirmière**

En effet, tout au long de l'étude et déjà dans sa problématique, nous évoquons l'hypothèse d'une situation mutationnelle touchant l'identité infirmière. Posons clairement l'une des questions soulevées dans cette recherche : la pratique infirmière des professionnels du SSIRA, par la mission qui leur a été donnée, n'induit-elle pas un élargissement de son activité susceptible d'en modifier la nature ?

Cette question est placée dans le contexte d'une évolution du champ professionnel infirmier engagée déjà depuis plusieurs décennies en particulier dans les pays anglo-saxons. A titre d'exemple, dans le cadre de notre problématique, citons le Royaume-Uni avec des infirmières appelées « *district nurses* » qui, avec une formation supplémentaire, peuvent prescrire des

médicaments inscrits sur une liste limitée, »<sup>49</sup> et qui peuvent compléter leur formation par une spécialisation dans le soin communautaire, créée en 1994, avec également un droit de prescription limitée (*community nurses*).

En soi, cette question n'est pas nouvelle, l'expérience du SSIRA nous invite à la reprendre. Certes, une telle expérience ne porte pas tous les ingrédients qui nous autoriseraient à clairement identifier des indicateurs de changement, mais elle nous donne quelques indices permettant sans aucun doute de poursuivre la réflexion autour d'une profession en mutation...

Dans l'une de nos toutes premières rencontres avec les infirmiers du SSIRA, nous avons présenté, d'une manière schématique, une représentation actuelle du rôle infirmier et de ses fonctions. Aujourd'hui, la profession infirmière peut se présenter au carrefour d'une activité « écartelée » entre un rôle autonome qui lui est propre et un rôle médico-délégué qui la rend dépendante de l'autorité et du savoir médical. Sans revenir sur l'histoire de la profession et sans entrer dans les débats importants de ses origines et de sa nature, la formation en soins infirmiers est actuellement transmise selon des modèles de soins spécifiquement infirmiers, sans référence directe au modèle bio-médical et hospitalo-centrique. L'approche bio-psycho-sociale-culturelle et spirituelle de l'être humain constitue désormais le noyau de toute forme d'enseignement infirmier, quel que soit le modèle de soins privilégié. D'autre part, le niveau de formation dans un grand nombre de pays d'Europe se situe au tertiaire supérieur, voire universitaire. La Suisse, avec la création des Hautes Ecoles de la Santé (HES) illustre cette volonté de situer la profession infirmière dans le registre d'une profession de plus en plus autonome. Comme nous le rappelle les auteurs de cette analyse (CREDES, 2000) « *l'enjeu des transformations évoquées est certainement le re-agencement des métiers, rôles entre les médecins, les infirmiers, et les aides-soignants. Loin d'être stabilisé, ce processus mériterait d'être étudié de manière spécifique et approfondie* ».

Ce qui se passe au SSIRA est un élément de ce processus et notre propos est de participer à cette étude en proposant quelques indices de réflexion.

Tout d'abord, rappelons deux références, celle de l'OMS<sup>50</sup> et celle de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), pour contextualiser notre question. Si l'expérience du SSIRA nous conduit à nous interroger sur une pratique infirmière en « mutation », les professionnels qui participent consciemment ou non à ce processus s'inscrivent dans un référentiel infirmier qu'il est utile de rappeler :

« La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort.

<sup>49</sup>CREDES, Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, *La profession infirmière en mutation, éléments de réflexion à partir d'exemples européens*, Paris, n° 33, octobre 2000.

<sup>50</sup>OMS, Les soins infirmiers en action. Renforcer les soins infirmiers et l'obstétrique à l'appui de la santé pour tous. Copenhague: Publications régionales de l'OMS, Série européenne, 1993 n° 48.

Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé.» (OMS, 1993, p. 18)

*Définition de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)<sup>51</sup>*

«Les soins infirmiers s'occupent des conséquences des problèmes de santé (actuels ou potentiels) et des effets de leurs traitements sur la vie quotidienne des individus, de leurs proches et des collectivités.

Les soins infirmiers contribuent à la promotion et au maintien de la santé. Les infirmières incitent les individus à adopter un mode de vie susceptible de maintenir et améliorer leur santé en les aidant à s'adapter à leur nouvelle vie quotidienne.» (ASI, 1999)

*Profil de l'infirmière/infirmier diplômé(e)*

«L'ensemble de l'action infirmière se fonde sur les sciences fondamentales, humaines et sociales, notamment la science des soins infirmiers, ainsi que sur les principes éthiques et le développement personnel. L'action infirmière requiert en outre dextérité et expérience.

Les soins infirmiers sont influencés par les changements socioculturels, politiques, économiques, démographiques et épidémiologiques que connaît la société. Des soins de haute qualité présupposent une réflexion active et permanente sur l'évolution dans les domaines scientifique, technologique, économique et institutionnel ».

L'offre globale en soins infirmiers est décrite dans les cinq fonctions (Prescriptions relatives aux formations de niveau diplôme en soins infirmiers, 1.1.1992) » :

FONCTION 1

Soutien et suppléance dans les activités de la vie quotidienne

FONCTION 2

Accompagnement dans les situations de crise et dans la période de fin de vie

FONCTION 3

Participation aux mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques

FONCTION 4

Participation à des actions de prévention des maladies et accidents d'une part, de maintien et de promotion de la santé, d'autre part

Participation à des actions de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale

Collaboration au sein d'équipes multiprofessionnelles

FONCTION 5

Contribution à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins infirmiers, au développement de la profession

Collaboration aux programmes de recherche réalisés dans le domaine de la santé.

Si nous regardons ce tableau des fonctions, seule la fonction 3 « participation aux mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques » appartient à la fonction médico-déléguée et doit être traitée à part.

---

<sup>51</sup>Atelier de réflexion (1999). *Le profil du soignant*. Fribourg : Croix- Rouge suisse.



Sans vouloir faire une analyse exhaustive des quatre autres fonctions, il apparaît assez clairement qu'une part importante de ces fonctions, se retrouve dans les multiples interventions des professionnelles du SSIRA. L'identité et le rôle infirmier de ces derniers sont largement exprimés dans cette offre globale tel que ce tableau peut l'évoquer si on l'articule aux deux définitions de l'OMS et de l'ASI.

Il nous faut relever dans le « profil de l'infirmière » proposé par l'ASI, deux aspects tout particulièrement significatifs pour cette étude :

- 1) La pratique des soins infirmiers « se fonde sur les sciences fondamentales, humaines et sociales, notamment la science des soins infirmiers, ainsi que sur les principes éthiques et le développement personnel.
- 2) « Les soins infirmiers sont influencés par les changements socioculturels, politiques, économiques, démographiques et épidémiologiques que connaît la société. Des soins de haute qualité présupposent une réflexion active et permanente sur l'évolution dans les domaines scientifique, technologique, économique et institutionnel »

Les soignants du SSIRA ont ainsi un référentiel clair qui peut légitimer leurs interventions et soutenir un réel développement et approfondissement de leurs pratiques.

Or il y a une insatisfaction, un malaise et la mise en évidence d'une problématique de reconnaissance d'une pratique qui dépasse le champ habituellement reconnu d'une profession aux contours relativement bien circonscrits.

L'expérience du SSIRA n'est peut-être pas unique, mais elle permet d'identifier plus facilement les termes de la question. En effet, si nous prenons au sérieux les réflexions actuelles et autres expériences qui valident l'idée que la pratique infirmière est bien en mutation, en cherchant à répondre aux interrogations des professionnelles du SSIRA :

- Nous touchons à l'élargissement de l'autonomie d'une profession avec ses conséquences sur d'autres professions. C'est la reconnaissance d'une autonomie professionnelle.
- Nous touchons à la visibilité d'un savoir expérientiel<sup>52</sup> tout aussi important qu'un savoir structuré, donc au souhait légitime de constituer un corps de savoirs reconnus. C'est l'entrée dans un processus de recherche et de formation diplômant. Une formation complète en santé communautaire appartient à ce processus<sup>53</sup>.
- Nous touchons à l'élargissement de l'expérience du SSIRA au reste de la population autochtone. C'est l'engagement vers une politique d'approche communautaire de la santé à l'échelon cantonal, voire national. C'est poursuivre l'expérience au-delà d'une population spécifique.

---

<sup>52</sup>Il faut entendre ici par savoir expérientiel, le savoir accumulé par l'expérience d'une pratique soignante ainsi que par les formations reçues telle celle du SSIRA et de FARMED. Ce savoir le plus souvent de type additionnel, a besoin d'être « ordonné » et à être pensé en termes de liens disciplinaires.

<sup>53</sup>Nous pouvons citer à titre d'exemple dans le Canton de Vaud quelques formations existantes : la formation post-grade dans le domaine de la santé communautaire de la HES La Source, Le Certificat de formation continue délivré par le Service de Formation continue de l'Université de Lausanne en collaboration avec les HES « l'immigration, pratiques professionnelles et relation interculturelles », le Diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales, option « santé communautaire » en collaboration entre l'Université Marc Bloch de Strasbourg et la HES La Source.

Entrer dans cette démarche nous paraît nécessaire et l'une des portes d'entrée est celle de la formation. Mais attention à ne pas nous leurrer. Tout en reconnaissant le bien-fondé de réfléchir sérieusement à une offre de formation diplômante s'inscrivant dans un cursus de type académique, il faut être conscient que ce n'est pas uniquement par la validation officielle d'un programme, en partie déjà construit d'ailleurs, que l'on accompagnera la mutation d'une pratique déjà engagée. Il ne s'agit pas de tout recréer, mais d'intégrer les remarques et suggestions faites lors de cette étude, en entrant dans un processus de synergie et de collaboration.

La démarche est complexe et ne se satisfait pas d'une seule intervention de type pédagogique et disciplinaire.

En effet, en relevant dans l'étude Bodenmann (2003,p.14) la qualité de la prise en charge des requérants d'asile par les professionnelles du SSIRA, les auteurs indiquaient : *« Pour ce qui est du status (l'examen physique du patient), le développement d'un nouveau corps de métier avec une orientation médico-sociale se fait probablement au détriment des gestes techniques qui sont parfois insuffisants. Un enseignement orienté spécifiquement sur l'examen clinique du patient nous semble être la meilleure façon d'améliorer efficacement cet état de fait »*.

Si nous nous retrouvons dans nos conclusions avec la perception que cette expérience peut ouvrir réellement un débat sur « (...) le développement d'un nouveau corps de métier avec une orientation médico-sociale (...) », la réponse aux manquements constatés en matière de clinique nous apparaît beaucoup moins suggestive, en regard des entretiens que nous avons eus avec les infirmiers du SSIRA. Certes, le souhait d'avoir une excellente maîtrise de l'examen clinique afin de ne rien laisser « passer » comme pathologies graves, a été relevé, mais l'attention se portait nettement plus sur un déficit en matière de prise en charge psychosociale et communautaire. Nous sommes donc vraiment dans une approche holistique de la santé. Par ailleurs, l'importance du réseau a été souligné et reste un déterminant fort de cette expérience. Il est nécessaire de le conforter et de développer ses « pratiques ».

Notre étude montre une direction et s'inscrivait dans un calendrier. Ce qui en constitue bien sûr les limites.

Cette rencontre des deux études est très pertinente, car elles se rejoignent dans leurs intentions de pouvoir rendre visibles et efficaces des prestations complexes, requises dans le cadre de situations particulièrement délicates, celle de requérants d'asile.

La question du développement d'une pratique infirmière « nouvelle » n'est pas illusoire d'autant plus que d'autres expériences sont en cours depuis une décennie, si l'on se réfère notamment aux *community nurses* déjà évoqués.

Il reste, si la réflexion est entreprise, à être conscient que l'analyse d'une telle mutation est de type systémique. Il est essentiel que l'initiative appartienne au corps infirmier, tout en sachant que c'est à la fois l'œuvre d'un travail pluriprofessionnel et pluridisciplinaire, mais aussi l'œuvre d'un engagement stratégique et de volonté politique des institutions concernées.

## **Bibliographie**



- Aron R.**, *Les étapes de la pensée sociologique*. Paris : Gallimard, Tel, p. 519-522, 1967.
- Aiach P., Fassin D.**, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos, 1994.
- ANRS, Sida, immigration et inégalités**. *Nouvelles réalités, nouveaux enjeux*. Paris : ANRS, Collection sciences sociales et sida, 2002.
- Antonovsky A.**, *Health, Stress and Coping. New Perspectives in Mental and Physical Well-Being*. San Francisco : Jossey-Bass, 1979.
- Association suisse des infirmières et infirmiers**, *Orientation stratégique de l'ASI*. Berne : ASI, 1999.
- Augé M.**, *Le sens des autres. Actualité de l'anthropologie*. Paris : Fayard, 1994.
- Baierlé J.-L. et Paccaud F.**, Rationner les soins de santé, prioriser, faire des choix... .. et le citoyen dans tout ça ?, *Médecine et Hygiène*, 1998, n° 2227.
- Benoist J., Massé R.** (sous la dir. de), *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris : Karthala, 2002.
- Beauvois J.-L.**, *La psychologie quotidienne*. Paris : PUF, 1984.
- Benoist, J.**, *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*. Paris : Karthala, 1996.
- Beresniak, A., Duru, G.**, *Economie de la santé*. Paris : Masson, 1998.
- Bodenmann P., Althaus F. Genton B, Pécoud A.**, *La prise en charge médicale des RA en Suisse : évaluation de la qualité et de la fonctionnalité du réseau vaudois (FARMED)*. PMU, Rapport d'étude, 2003.
- Bolzmann C.**, Politiques d'asile et trajectoires sociales des réfugiés : une exclusion programmée. *Sociologies et sociétés*, 2001, vol. XXXIII, p. 133-158.
- Brown W.A.**, The Human Effect in Medicine : Theory. *Research and Practice*, 2001, n° 285, p. 96-97.
- Burton A. W., Arens J.F., Flynn T.J. et al.**, Spirituality and Chronic Illness. *JAMA*, 2002, n° 88, p. 2541-2542.
- Camilleri C., Cohen-Emerique M.**, *Chocs de cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. Paris : L'Harmattan, 1989.
- Concordat des Assureurs-Maladie Suisses (CAMS)**, *Annuaire de l'assurance maladie suisse*. Soleure : CAMS, p.120-134, 2001.
- Charles S.C.**, Handbook of Religion and Health. *JAMA*, 2001, n° 286, p. 465-466.
- Chimenti M., Cattacin S. et coll.**, *Migration et santé : priorités d'une stratégie d'intervention*. Rapport de recherche, Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population, n° 18, 2001.
- Clanet C.**, *L'interculturel. Introduction aux approches interculturelles en éducation et en Sciences humaines*. Toulouse : P.U.M., 1990.
- Cochrane, A. L.**, *L'inflation médicale, réflexions sur l'efficacité de la médecine*. Paris : Galilée, 1997.
- Collière M.-F.**, *Soigner... le premier art de la vie*. Paris : InterEditions, 1996.

- Coulon A.**, *L'ethnométhodologie*. Paris : PUF [1<sup>ère</sup> éd. 1987], 2002.
- CREDES**, Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, n° 33, Paris : octobre 2000.
- Croix-Rouge suisse**, *Prescriptions relatives aux formations de niveau diplôme en soins infirmiers*. Berne, 1992.
- Cyrulnik B.**, *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob, 2001.
- Département de la Santé et de l'Action sociale**, *Nouvelles orientations de politique sanitaire (NOPS)* (En ligne) ([http://www.nops.vd.ch/pages/offre\\_description.html](http://www.nops.vd.ch/pages/offre_description.html)) (page consultée le 14.01.2004).
- Dozon J.-P., Fassin D.**, Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique. *Sciences sociales et santé*, 1989, n° 7, p. 21-36.
- Dozon, J.-P., Fassin, D.**, *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*. Paris : Balland, 2001.
- Ehrenberg A.**, *La fatigue d'être soi*. Paris : Odile Jacob, 1998.
- Farmer P.**, *Infections and inequalities. The modern plagues*. Berkley : University of California Press, 1999.
- Fassin D.**, Culturalism as ideology. *Makhlouf-Obermeyer C*, Ed. Cross-cultural perspectives on reproductive health. Oxford University Press, 2001.
- Fassin D.**, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris : P.U.F, 1996.
- Fassin D.**, Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Revue Hommes & Migrations*, n° 1225, mai/juin 2000
- Fassin D.**, La globalisation et la santé. Eléments pour une analyse anthropologique. *Hours B. (sous la direction de) Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Paris : Karthala, 2001, p. 25-40.
- Fontaine M.**, *Santé et culture en Afrique noire, une expérience au Nord-Cameroun*. Paris : l'Harmattan, 1993.
- Fontaine M.**, *Soins de santé primaires et promotion de l'Homme, une expérience africaine interroge les systèmes de santé*. Doctorat en sciences sociales, Université de Lausanne, 1993, p. 377.
- Francillon D.**, Quand l'histoire des femmes se noue avec celle des infirmières. *Perspective soignante*, 1998, n° 2, p. 103-125.
- Freidson E.**, *La profession médicale*. Paris : Payot, 1984, p. 142.
- Froment N.**, *De l'urgence à l'interculturel. L'aide humanitaire à la recherche de son identité*. Diplôme des hautes études des pratiques sociales, Université Marc Bloch, Strasbourg, 1999.
- Gilgen D.**, Epidémiologie clinique et culturelle des problèmes sanitaires ambulatoires rencontrés par les migrants de Turquie et de Bosnie. *Hans-Rudolf Wicker, Rosita Fibbi, Werner Haug. Les migrations et la Suisse*, Zurich : Seismo, p. 493.
- Good B. J.**, *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge : U.P., 1994.

- Guyotat J.**, *Etudes cliniques d'anthropologie psychiatrique*. Paris : Masson, 1991.
- Ham C.**, *Health care reforms : learning from international experience*. Open University Press, Buckingham, UK, 1997.
- Healy H., McKee, M.**, (Eds), *Hospitals in a changing Europe*. Open University Press, Buckingham, UK, 2002.
- Helman C.**, *Culture, Health and Illness*. London : B&H, (II éd.), 1992.
- Huard P., Moatti J.-P.**, Introduction à la notion de réseau. *Gestions Hospitalières*, 1995, n° 351, p. 735-738.
- Hudelson P.**, Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine?, *Médecine & Hygiène*, n° 2407.
- Institut de santé et d'économie**, *Présentation du réseau de santé FARMED* (En ligne). [http://www.hospvd.ch/public/ise/fr/farmed/presentation\\_farmed.htm](http://www.hospvd.ch/public/ise/fr/farmed/presentation_farmed.htm) (page consultée le 15.01.2004).
- Jeffrey D.**, *Jouissance du sacré. Religion et post-modernité*. Paris : A. Colin, 1998.
- Junod, A.** (Editeur), *Les coûts de la santé. Des choix à faire, des valeurs à préserver*. Genève : Georg Ed., 2001.
- Kaiser M. M. et al.**, Using focus groups to evaluate and strengthen public health nursing population-focused interventions. *Journal of Transcultural Nursing*, 2002, vol. 13 n° 4, Sage Publications, p. 303-310.
- Kérouac S., Pepin J., Ducharme F. et al.**, *La pensée infirmière : conceptions et stratégies*. Paris : Maloine ; Laval: Etudes Vivantes, 1994.
- Kiefer B.**, Trafic de pseudo-valeurs. *Médecine & Hygiène*, n° 2486, p. 1248, 2004.
- Kiefer B., Schaller Ph.**, La santé est-elle un marché comme les autres ?. *Junod A. (Editeur), Les coûts de la santé. Des choix à faire, des valeurs à préserver*. Genève, Georg Ed., 2001, p. 43-55.
- Kleiber C.**, Faudra-t-il rationner les soins ou quelques réflexions à propos de la maîtrise des coûts. *Les coûts et l'assurance. Les défis de la santé*, sous la direction de Pierre Gilliland, Lausanne : Réalités sociales, 1986.
- Kleinmann**, *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. New York : Basic Books, 1995.
- Kleinmann A.**, *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*, Berkeley : University of California Press, 1988.
- Lascoumes P.**, *Représenter les usagers, sous la dir. d'I. Baszanger, M. Bungener, A. Paillet*. Paris : la Dispute, 2002.
- Le Breton D.**, *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : P.U.F., 1990.
- Le Breton D.**, *Le corps : perspectives de recherche*. Intercultures, n° 17, p. 11-36, 1992.
- Leman J., Gailly A.**, *Thérapies interculturelles. L'interaction soignant-soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire*. Bruxelles : E.I./De Boeck, 1991.

- Luckman J., Tindell Nobles S.,** *Transcultural communication in health care*. Paperback, 1999.
- Maggi J., Cattacin S.,** *Needed Basic research in « Migration and Public Health » 2002-2006 in Switzerland*. Neuchâtel : FSEMP, 2003.
- Mahler H.,** *Introduction au rapport d'activité pour 1997*. Actes officiels de l'OMS, n° 213, p. 9.
- Mahler H.,** *Discours prononcé devant l'Assemblée mondiale de la Santé*, Genève, 9.5.1978 – *Introduction au rapport d'activité pour 1975*. Actes officiels de l'OMS, No 229, p.VIII – *Discours prononcé devant l'Assemblée mondiale de la Santé*, Genève, mai 1977.
- Maruani G., Watzlawick P.,** *L'interaction en médecine et en psychiatrie. En hommage à G. Bateson*. Paris : AT Alpha, 1982.
- Massé R.,** *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal : Gaëtan Morin, 1995.
- Massé R.,** *Culture et santé publique*. Montréal : G. Morin Ed., 1995.
- Math A.,** Protection sociale et inégalités : les débats européens. *Réduire les inégalités. Quel rôle pour la protection sociale ?* Paris : Drees-Mire, 2000, p. 59-70.
- Métraux J.-C., Weber O., Singy P., Guex P.,** Introduction, in Guex P. & Singy P. (Ed.), *Quand la médecine a besoin d'interprètes*. Genève : Editions Médecine et Hygiène, 2003.
- Nathan T.,** *L'influence qui guérit*. Paris : Odile Jacob, 1994.
- Nouvelles orientations de la politique sanitaire (NOPS),** Mode d'emploi pour la constitution des réseaux. Cahiers de la conférence de concertation des ressources humaines. Cahiers de la conférence de concertation des systèmes d'information. Etat de Vaud, 1997 et 2004
- Noriel G.,** *La tyrannie du National*. Paris : Calmann-Lévy, 1991.
- OFAS,** La LAMal a six ans - synthèse de l'analyse des effets. *Sécurité sociale*, n° 1, 2002.
- Office Fédéral de la Santé Publique,** *Migration et santé. Stratégie de la confédération pour les années 2002-2006*. Berne : OFSP, 2002.
- Ogilvie L. & Reutter L.,** Primary health care : Complexities and possibilities from a nursing perspective. *J. Ross-Kerr et M. Wood (dir), Canadian Nursing : Issues and perspectives*, Toronto : Mosby, 2003, p. 450-451.
- Organisation mondiale de la Santé,** *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhague : Bureau régional de l'Europe, 1986.
- Organisation Mondiale de la Santé,** *Les soins infirmiers en action. Renforcer les soins infirmiers et l'obstétrique à l'appui de la santé pour tous*. Copenhague : Publications régionales de l'OMS, Série européenne, n° 48, 1993.
- Organisation Mondiale de la Santé,** *Alma-Ata 1978 : Les soins de santé primaires*. Genève, 1978 (Série « Santé pour tous », n° 1).
- Pacoud A.,** Le centre santé migrants. *Soins infirmiers*, novembre 1994.
- Pauchant T. et al.,** *Guérir la santé*. Québec : FIDES, 2002.



- Pipher M.**, *In the Middle of Everywhere*. New York : R&C, 1993.
- Post S.G.**, Psychiatry and Religion : The Convergence of Mind and Spirit. *JAMA*, 2001, n° 285, p. 218-219.
- Poyetton V.**, De l'enfer de l'exil au mal-être de l'accueil. *Le Courrier*, 2003.
- Reveley S.**, The role of the triage nurse practitioner in general medical practice : an analysis of the role. *Journal of Advanced Nursing*, 1998, vol. 28 : 3, p. 584-591.
- Ridsdale L.**, *Evidence-Based General Practice. A Critical Reader*. London : Saunders, 1995.
- Rossi I.**, La medicalizzazione degli stranieri tra giustificazioni e interrogazioni, *Attraverso i confini. Aspetti psichiatrici del movimento e del mutamento*, Atti del 1690 Congresso della Società svizzera di psichiatria, Lugano, 1994a, p. 139-146.
- Rossi I.**, Corps et migration ou le regard interculturel. *Médecine psychosomatique*, 1994b, n° 2/23, p. 23-27.
- Rossi I.**, Corps-sujet et miroirs culturels. Santé et maladie : une diagonale anthropologique. *Ethnologica Helvetia*, 1994c, n° 17/18, p. 47-64.
- Rossi I.**, Dialoghi tra antropologia e psichiatria, *Psichiatria sociale e migrazione*, OSC ed. (sous la direction de Mattia M.), Mendrisio, 1995, p. 17-29.
- Rossi I.**, Médecine, Médecines. Parallélisme ou complémentarité ? *Cahiers médico-sociaux*, 1996, n° 40, p. 17-24.
- Rossi I.**, L'anthropologie médicale entre théorie et pratique. *Médecine Psychosomatique et Psychosociale*, 1997, n° 1-2/26, p. 2-9.
- Rossi I.**, Médiation culturelle et formation des professionnels de santé : de l'interculturalité à la co-disciplinarité. *Soziale und Präventive Medizin*, 1999, n° 44/6, p. 288-294.
- Rossi I.**, Pluralisme social et culturel. Quelles implications pour la pratique de la médecine ? *Revue Médicale de Suisse Romande*, 2000a, n° 120, p. 1025-1028.
- Rossi I.**, Reti di cura e relazioni interculturali. Immigrazione et diritto alla salute. *Acte de congrès*, Gênes, Ed. Erg, 2000b, p. 125-132.
- Rossi I.**, Réseau de soin, réseau de santé, culture prométhéenne ou liberté de l'impuissance. *Tsantsa*, 2002, n° 7.
- Rossi I.**, Mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre santé et migration. *Médecine et Hygiène*, 2003a, n° 2455, p. 2039-2042.
- Rossi I.**, La malattia cronica come marchio del corpo, Ugo Fabietti (dir.), *Antropologia. Numero tematico "Corpi"*, 2003b, n° 3, Roma, Meltemi, p.75-93.
- Rossi I.**, *Formation continue des intervenants du réseau de santé FARMED*. Rapport d'évaluation. PMU, 2003c.
- Rossi I.**, Mondialisation et stratégies identitaires : quand la douleur et la souffrance questionnent l'humanité. *Médecine et Hygiène*, numéro spécial « Congrès médical Quadrimed 2004 », 2004, p. 53-56.
- Rossi I., Le Dinh D.**, *La formation en réseau*. Rapport de recherche, PMU/NOPS, 2001.
- Saul J.**, *La civilisation inconsciente*. Paris : Payot, 1997.

**Schäublin R.**, Raisons d'un réseau ou l'exemple vaudois du réseau de santé Farmed pour les RA. *Managed Care*, 2002.

**Schäublin R. Pécoud A., Bodenmann P.**, Prise en charge médico-sanitaire des RA dans le canton de Vaud. *Médecine et Hygiène*, 2003, n° 2455, p. 2016-2022.

**Shum Chau et al**, avril 2000, Nurse management of patients with minor illnesses in general practice : multicentre, randomised controlled trial. *British Medical Journal*, vol. 320, London : British Medical Association, p. 1038-1057.

**Simon O.**, Vers des statistiques ethniques. *Plein Droit*, 1999, 41-42, p. 32-35.

**Smedley B.D., Stith A.Y., Nelson, A. R.**, Eds. *Unequal treatment. Confronting racial and ethnic disparities in healthcare*. Washington, D.C. : The National Academies Press, 2003.

**Spire A**, Ambiguïtés d'une mesure des origines. *Plein Droit*, 1999, 41-42, p. 32-35.

**Spitzer A. et coll.**, FORESO, Que savent les infirmières des réformes du système de santé. *Soins infirmiers*, 2002, n° 5, p. 64-69.

**Strauss A.**, *Les trames de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan, 1992.

**Tabin J.-P.**, *Les paradoxes de l'intégration*, Lausanne : Cahiers de l'EESP, 1999.

**Vannotti M.**, Dépression, labeur de l'existence et pilule du bonheur. *Revue médicale de la Suisse romande*, 2002, n° 122, p. 309-312.

**Vega A.**, *Soignants / soignés : pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Paris, Bruxelles : De Boeck, 2001.

**Watters C.**, Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Social Science and Medicine*, 2001, n° 52, p. 1709-1718.

**Weiss M.G.**, Cultural epidemiology : an introduction and overview. *Anthropology and Medicine*, 2001, n° 8(1), p. 5-29.

**Weiss R. et Stucker R.**, *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins*. Rapport de recherche no 11 du Forum suisse pour l'étude des migrations, Neuchâtel, 1998.

**Weiss R.**, *Macht Migration krank ?* Zürich : Seismo, 2003.

**Wicker H.-R., Fibbi R., Haug W.**, *Les migrations et la Suisse*. Zurich : Seismo, 2003.

**Williams D.R., Collins C.**, US socioeconomic and racial differences in health : patterns and explanations. *Ann Rev Sociolol*, 1995, n° 21, p. 349-386.

**Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés (www.osar.ch)**

- Hunziker P., février 2003, République Démocratique du Congo, Analyse pays OSAR.
- Hunziker P., décembre 2001, Cameroun, Analyse pays OSAR.
- Kirchner M., mars 2001, Sierra Leone, Analyse pays OSAR.
- OSAR, janvier 2004, Minorités du Kosovo : retour guère envisageable, communiqué de presse.

**Amnesty International (www.amnesty.org)**

- Amnesty International, 1993, Rapport 1993, EFAI (éditions francophones d'Amnesty Int.).
- Amnesty International, 1994, Rapport 1994, EFAI (éditions francophones d'Amnesty Int.).
- Amnesty International, 2000, Rapport 2000, EFAI (éditions francophones d'Amnesty Int.).
- Amnesty International, 2001, Rapport 2001, EFAI (éditions francophones d'Amnesty Int.).
- Amnesty International, 2002, Rapport 2002, EFAI (éditions francophones d'Amnesty Int.).
- Amnesty International, 2003, Rapport 2003, EFAI (éditions francophones d'Amnesty Int.).

**International Crisis Group (www.crisisweb.org)**

- Africa Report No 59, mars 2003, Negotiating a Blueprint for Peace in Somalia, Country Reports, International Crisis Group.
- Africa Report No 28, avril 2001, Sierra Leone : time for a new military and political strategy, Country Reports, International Crisis Group.

**Monde diplomatique**

- Tavares P.-F., janvier 2004, Quel avenir et quelle souveraineté pour les Etats d'Afrique de l'Ouest, in : *Le Monde diplomatique*.