

Mémoire de Maîtrise en médecine No 767

# Santé mentale et asile : quelle réalité locale ?

## **Etudiante**

Mlle Priscile Clément

## **Tuteur**

Dr Patrick Bodenmann  
Médecin-adjoint, PD-MER  
Policlinique Médicale Universitaire

## **Expert**

Dr Michael Saraga  
Médecin associé  
Policlinique Médicale Universitaire

Lausanne, décembre 2012

## ABREVIATIONS

<b>PMU</b>	Policlinique Médicale Universitaire
<b>CHUV</b>	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
<b>LAsi</b>	Loi sur l'Asile
<b>LARA</b>	Loi sur l'Aide aux Requérants d'Asile
<b>NEM</b>	Non-Entrée en Matière
<b>GT-Vulnérabilité ou GT</b>	Groupe de Travail « Critères de Vulnérabilité »
<b>EVAM</b>	Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>UNESCO</b>	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
<b>RA</b>	Requérant d'asile
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ODM</b>	Office des Migrations
<b>CEP</b>	Centre d'Enregistrement et Procédure
<b>SPOP</b>	Service de la Population
<b>DECS</b>	Département de l'Economie et du Sport
<b>LAMAL</b>	Loi sur l'Assurance-Maladie
<b>CPS</b>	Commission Populations Sociales
<b>MPR</b>	Médecins de Premier Recours
<b>PTSD</b>	Syndrome de Stress Post-Traumatique
<b>MNA</b>	Mineur Non-Accompagné
<b>CMM</b>	Charge Mondiale de Morbidité
<b>AMM</b>	Association Médicale Mondiale

## ABSTRACT

**Problématique :** En Suisse, la situation des requérants d'asile est réglementée depuis 1999 par la Loi sur l'Asile (LAsi) qui leur donnait droit jusqu'en 2008 à une aide sociale, que leur demande soit acceptée, refusée ou que les autorités responsables n'entrent pas en matière. Depuis janvier 2008, tout requérant d'asile ne recevant pas de réponse positive perd cette aide sociale au profit d'une aide dite « d'urgence », impliquant un durcissement des conditions de vie.

Depuis lors, un Groupe de Travail « Critères de vulnérabilité » (GT-Vulnérabilité) se charge, sur mandat de l'Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants (EVAM), d'évaluer la situation de certaines personnes percevant l'aide d'urgence sur la base de rapports médicaux et psychiatriques. Il détermine premièrement si la personne doit être considérée comme « vulnérable » pour raison de santé et pose ensuite un préavis médical quant à la possibilité d'amélioration des conditions d'hébergement. Les personnes reconnues comme particulièrement vulnérables sont soumises à un régime différent, impliquant des avantages spécifiés dans l'aide d'urgence.

**Objectifs :** Décrire l'état de santé physique mais surtout mental des personnes percevant l'Aide d'urgence, pour lesquelles une demande a été effectuée auprès de ce groupe et identifier des facteurs associés à cet état de santé. Présenter comment le système de soins organise sa prise en charge et explorer les implications sur la pratique médicale.

**Méthodologie :** Revue exhaustive de la littérature afin de mieux comprendre le contexte social, le cadre légal et les questions éthiques qu'ils impliquent. A partir des dossiers traités par le GT-Vulnérabilité, établissement d'une base de données regroupant des informations d'ordre démographique, médical et anamnestique et analyse descriptive univariée.

**Résultats :** De janvier 2008 à avril 2011, le GT-Vulnérabilité a traité 411 demandes. Parmi les personnes concernées, 52% viennent d'Afrique et sont principalement sans famille. Le GT-Vulnérabilité a pu rendre une décision dans 79% des cas, donnant un préavis en faveur du requérant d'asile pour 82% d'entre eux. On retrouve plus fréquemment une réponse positive lorsqu'il s'agit d'une femme, ou d'une personne avec sa famille. L'étude des dossiers contenant un rapport de généraliste, a montré la présence d'au moins deux diagnostics somatiques chez 42% des personnes, concernant notamment les maladies infectieuses et parasitaires et des atteintes du système nerveux. On retrouve au moins un trouble psychiatrique dans 74% des cas. Il s'agit en particulier de troubles de l'humeur unipolaires et de syndromes de stress post-traumatiques. Les rapports psychiatriques ont également permis d'identifier l'existence de traumatismes chez 81% des personnes, associés surtout à la guerre, à des maltraitance et violences, dans le pays d'origine, mais aussi en Suisse.

**Conclusion :** La situation médicale des requérants d'asile soumis au régime de l'aide d'urgence est préoccupante. Elle met le système de santé et ses divers protagonistes face à des questionnements et des enjeux d'ordre éthique et demande une nécessaire réflexion en termes de santé publique et de politique sanitaire.

**Mots-clefs :** requérant d'asile – aide d'urgence – psychiatrie – Vaud

## TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION .....	5
II.	CONTEXTE .....	5
A.	DÉFINITIONS.....	5
B.	SITUATION EN SUISSE .....	6
C.	SITUATION DANS LE CANTON DE VAUD .....	7
D.	PMU ET LE GROUPE DE TRAVAIL « CRITÈRES DE VULNÉRABILITÉ ».....	8
E.	MIGRATION ET SANTÉ .....	9
III.	MÉTHODE .....	11
A.	REVUE DE LITTÉRATURE .....	11
B.	ANALYSE STATISTIQUE DESCRIPTIVE .....	11
IV.	RÉSULTATS.....	14
A.	DÉMOGRAPHIE.....	14
B.	PREAVIS .....	16
C.	RAPPORTS GÉNÉRALISTES .....	18
D.	RAPPORTS PSYCHIATRIQUES .....	19
V.	DISCUSSION .....	22
A.	CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE.....	22
B.	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	22
C.	BIAIS ET LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE .....	25
VI.	CONCLUSION .....	26
VII.	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	27
VIII.	ANNEXES .....	31
A.	TABLES DE RÉSULTATS DE L'ÉTUDE .....	31
B.	QUESTIONNAIRE « CRITÈRES DE VULNÉRABILITÉ » .....	35
C.	CHAPITRE DU LIVRE DE LA CROIX ROUGE.....	39
D.	ARTICLE POUR LA REVUE MEDICALE SUISSE.....	39
IX.	REMERCIEMENTS .....	40

## I. INTRODUCTION

Les guerres, les persécutions, la pauvreté, les désastres naturels ont régulièrement au cours de l'histoire, forcé des populations à quitter leur terre d'origine pour émigrer vers des pays où elles pourraient échapper à ces menaces et conditions de vie difficiles en y trouvant un refuge. On les appelle des migrants forcés. Parmi eux, certains demandent l'asile politique au pays où ils émigrent. Au 31.12.11, on comptait 16 915 personnes en procédure d'asile en Suisse.

En réponse au durcissement de la Loi sur l'Asile (LAsi) voté en 2006 et entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, ainsi qu'à la Loi sur l'Aide aux Requérants d'Asile (LARA) dans le Canton de Vaud, un groupe multidisciplinaire s'est formé au sein de la cité hospitalière universitaire vaudoise. Il a publié au mois de novembre 2008 une première étude montrant l'impact négatif du régime prévu par la LAsi sur la santé des requérants d'asile qui y sont soumis, et plus particulièrement les plus vulnérables d'entre eux. (1)

L'étude dont les résultats sont présentés dans ce mémoire de maîtrise en médecine poursuit l'analyse réalisée initialement, en gardant pour centre d'intérêt la population spécifique du domaine de l'asile soumise au régime de l'*Aide d'urgence*.

## II. CONTEXTE

### A. DÉFINITIONS

Afin de permettre une meilleure compréhension du sujet, il s'agit de commencer par préciser quelques termes liés aux questions de migration. Ces définitions seront par la suite complétées par des notions plus spécifiques aux situations en Suisse et dans le Canton de Vaud.

Le *migrant* est, selon la définition de l'Organisation des Nations Unies (ONU), « toute personne qui s'établit dans un pays pour une durée prévue de douze mois minimum, après avoir résidé dans un autre pays pendant une période de même durée au moins ». (2) La discussion se basera cependant sur la définition, plus restrictive, de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), qui décrit comme migrante toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays. (3)

Les *migrants forcés* sont ceux qui ont dû quitter leur pays pour fuir un danger ou une insécurité pouvant être liés à une situation de guerre, à des persécutions politiques ou religieuses, à des désastres naturels, etc.

Lorsqu'ils arrivent dans le pays d'accueil et demandent à obtenir un statut de *réfugié*, et que la procédure d'asile est en cours, on parle alors de *requérants d'asile (RA)*.

Un *réfugié* est défini dans la LAsi tel qu'établi dans les Convention et Protocole relatifs aux statut des réfugiés de l'ONU comme « une personne qui dans son Etat d'origine ou dans le pays de sa dernière résidence, est exposée à de sérieux préjudices ou craint à juste titre de l'être en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social déterminé ou de ses opinions politiques ». (4,5) Une procédure d'asile, variable dans sa forme suivant les pays, permet de décider si le requérant d'asile pourra être considéré aux yeux de l'Etat comme réfugié. Si au terme de cette

procédure, le statut de réfugié n'est pas accordé par l'autorité compétente, on dit en Suisse que le requérant d'asile est *débouté*.

## **B. SITUATION EN SUISSE**

En Suisse, la situation des requérants d'asile est réglementée depuis 1999 par la LAsi. Le requérant peut effectuer, à ce jour, sa demande auprès d'une représentation suisse à l'étranger, d'un poste-frontière suisse, du bureau de contrôle des frontières d'un aéroport suisse ou encore dans l'un des cinq Centres d'Enregistrement et Procédure (CEP) situés à Altstätten, Bâle, Chiasso, Kreuzlingen et Vallorbe. Il doit dès lors pouvoir justifier auprès des services de l'Office des Migrations (ODM) son identité et décrire les raisons l'ayant mené à quitter son pays et demander l'asile. (6,7)

Il existe deux situations dans lesquelles la demande du RA n'est pas considérée et la procédure d'asile n'est pas initiée par l'ODM :

- Le RA entre dans la catégorie *Non-entrée en matière* (NEM) s'il ne peut apporter à l'ODM des preuves suffisantes à l'ouverture d'une procédure d'asile. La LAsi ainsi que le *Manuel de procédure d'asile* déterminent les situations et circonstances dans lesquelles une non-entrée en matière pourra être prononcée. (8,9) La personne est alors en *instance de renvoi* et doit immédiatement quitter la Suisse. Elle ne peut pas exercer d'activité lucrative.

- Il est désigné comme *Cas Dublin* s'il a précédemment déposé une demande d'asile dans un pays signataire des accords Schengen-Dublin autre que la Suisse. Selon ces accords, le requérant est immédiatement renvoyé dans le pays où il a déposé sa première demande. (10)

Le requérant d'asile pour lequel une procédure est initiée reçoit alors un livret N, l'autorisant à exercer une activité lucrative dès le 4<sup>ème</sup> mois en Suisse et sous certaines conditions définies dans la Loi sur les Etrangers (LEtr). (11) Suivant la réponse de l'ODM, la personne peut se retrouver dans deux situations:

- Elle se voit accorder le statut de réfugié et obtient un permis de séjour de type B. Elle peut exercer une activité lucrative. (12)

- Elle est déboutée de l'asile et se trouve aussitôt la décision prononcée en *instance de renvoi*. Elle ne peut pas exercer d'activité lucrative.

Elle peut obtenir une *admission provisoire* (livret F) si le renvoi au pays d'origine est jugé trop dangereux ou pour raison de santé particulièrement grave. Ce livret F ne signifie pas que l'asile est accordé, et le RA est toujours débouté. Il permet, au même titre que le permis N, l'exercice d'une activité lucrative. (13)

Pour répondre un minimum aux besoins de cette population, la LAsi définit une *aide sociale* et une *aide d'urgence* octroyées par les Cantons à l'aide d'indemnités de la Confédération.

L'*aide sociale* assure un hébergement, un encadrement, et une assurance-maladie obligatoire aux personnes en situation précaire. Les prestations de l'aide sociale varient selon le statut de la personne. (14) Les Requérants d'asile (livret N) et personnes admises provisoirement (livret F) perçoivent une aide inférieure à celle des citoyens suisses ; ils sont généralement hébergés dans des structures collectives (ou parfois appartements, notamment pour les familles), et reçoivent les

prestations en nature. Les réfugiés reconnus reçoivent quant à eux une aide semblable à celle des Suisses. (15)

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et l'application des modifications de la LAsi acceptées par le peuple suisse en 2006, les RA déboutés de l'asile tout comme les Cas-Dublin et les NEM (depuis 2004), sont exclus de l'aide sociale (qu'ils continuaient auparavant de percevoir jusqu'au renvoi) et perçoivent une *aide dite d'urgence*, dans l'attente du départ de la Suisse. Cette aide d'urgence doit faire l'objet d'une demande de la part du migrant auprès des autorités cantonales compétentes et devrait lui permettre de subvenir à ses besoins de base. (16) Il perd alors son logement individuel acquis pendant la procédure d'asile pour un logement collectif (foyer, abri de la Protection Civile), ne peut plus exercer d'activité lucrative et reçoit des prestations en nature et un peu « d'argent de poche ». Les implications pour le RA sont importantes tant son environnement de vie est modifié. Un des problèmes réside dans le fait que ces mesures ont pour but d'inciter les personnes concernées à quitter la Suisse rapidement et ne sont donc, à la base, prévues que pour une courte durée. Or on observe qu'un certain nombre de personnes restent sous ce régime pendant des mois, voire des années. (17,18)

Les prestations de l'aide d'urgence varient selon les cantons. (19)

### **C. SITUATION DANS LE CANTON DE VAUD**

Dans le Canton de Vaud, l'hébergement est géré par l'Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants (EVAM) et les prestations de soins par le réseau FARMED (« FAR » pour la Fondation d'Accueil pour les Requérants D'Asile (FAREAS), renommée EVAM ; « MED » pour les partenaires médicaux d'un réseau de santé ambulatoire).

Lorsque le requérant d'asile est attribué au Canton de Vaud, il est intégré dans un processus d'*Accueil et Socialisation*, pendant lequel il est logé dans des foyers collectifs et peut suivre des cours de langue ainsi qu'obtenir des informations notamment sur les institutions politiques et sanitaires. Après ce temps d'adaptation, il pourra être logé dans un appartement individuel appartenant à l'EVAM ou signer un bail privé.

Si la demande d'asile est rejetée ou n'est pas recevable (débouté, NEM, Cas-Dublin), la personne concernée passe, comme dit dans le paragraphe II.B., sous le régime de l'aide d'urgence.

Celle-ci doit, dans le Canton de Vaud, être sollicitée auprès du Service de la population (SPOP), dépendant du Département de l'Economie et du Sport (DECS). Il faut renouveler la demande tous les 15 jours, et les bénéficiaires doivent aller régulièrement au SPOP pour toucher l'argent et conserver une place dans les lieux d'hébergement. Cette nécessité de présentation régulière auprès des autorités est responsable de la sortie de certains RA du système d'aide d'urgence, qui ne la sollicitent plus, de crainte d'être arrêtés puis contraints de quitter le pays.

Toutes les personnes relevant de l'asile, y compris les requérants déboutés et les NEM sont actuellement au bénéfice d'une assurance-maladie selon la Loi sur l'Assurance-Maladie (LAMAL).

Pendant l'année 2011, le Canton de Vaud a reçu 1759 demandes d'asile (dont 235 multiples), desquelles 242 ont bénéficié d'une réponse positive, soit 13,8% d'entre elles. Il y a eu 387 rejets (avec ou sans admission provisoire) et 869 NEM (avec ou sans admission provisoire). (20)

Au 31 décembre 2011, l'EVAM assistait 4669 migrants. Parmi ceux-ci, on retrouve 909 personnes à l'aide d'urgence, 1475 requérant d'asile (livret N), 2303 admissions provisoires (livret F). Cela

représente une augmentation du nombre de demandeurs d'asile, le nombre de personnes en admission provisoire n'augmentant que légèrement et le nombre de personnes à l'aide d'urgence restant stable.

L'EVAM prenait par ailleurs en charge l'hébergement de 4731 personnes, dont certaines ne sont pas assistées. Ces personnes vivaient pour 3336 d'entre elles en appartements, 1082 dans des structures collectives, 295 en abris et 18 à l'hôtel. (21)

#### **D. LA PMU ET LE GROUPE DE TRAVAIL « CRITÈRES DE VULNÉRABILITÉ »**

Lors de la révision de la LAsi en 2006, la question des personnes particulièrement vulnérables a été abordée. Le Conseil Fédéral avait alors signalé que « les autorités cantonales sont [...] conduites, en vertu de l'art. 12 de la Constitution fédérale et de la pratique établie par le Tribunal fédéral, à tenir compte de la situation des personnes particulièrement vulnérables ». (22) Cette position a été soutenue par le Conseil des directeurs et directrices des affaires sociales, qui précisaient cependant qu'il s'agissait de tenir compte des besoins spécifiques des familles, des femmes seules, des mineurs non-accompagnés ainsi que des personnes de santé fragile et/ou malades. (23) La LAsi prévoit donc une adaptation de l'application de l'aide d'urgence aux populations vulnérables, laissée aux soins des cantons.

C'est dans ce but, et afin d'intervenir au mieux auprès de ces personnes, que s'est créé au sein de la cité hospitalière universitaire vaudoise un groupe de travail, mandaté et nommé par la Commission CHUV-PMU Populations sociales (CPS). Il a établi une liste de critères permettant d'aider les médecins de premiers recours (MPR) à identifier les cas les plus vulnérables (parmi les bénéficiaires de l'aide d'urgence) afin de les signaler à l'EVAM et demander une modification ou adaptation de leurs hébergements.

Suite à cela, le Groupe de Travail « Critères de Vulnérabilité » (GT-Vulnérabilité ou GT) a été créé, dans l'objectif d'évaluer les dossiers fournis par les MPR. Il a pour ce faire, développé un formulaire destiné à être complété par eux, identifiant les critères de vulnérabilité et précisant la demande (Annexe B). Ces critères de vulnérabilité sont subdivisés en quatre catégories : les déterminants sociaux, somatiques, psychiatriques et divers.

Ce groupe se constitue aujourd'hui de deux médecins somaticiens, de deux médecins psychiatres, de l'infirmier chef du Centre de Santé Infirmier (CSI), une juriste, un représentant de l'administration de la PMU et d'un secrétaire. Il peut suivant la situation, faire appel à l'assistance d'un pédiatre, d'un gynécologue ou d'un éthicien. Il se réunit deux fois par mois à la PMU.

En cas de suspicion d'une personne en situation de vulnérabilité, les MPR (via le formulaire précité, et, à la demande, un rapport plus détaillé), spécialistes (notamment psychiatres), juristes, etc. envoient leurs rapports respectifs à l'EVAM qui constituera un dossier. Ce dernier est transmis au GT-Vulnérabilité, qui a pour mandat d'étudier les différents rapports, demander des informations complémentaires si nécessaire, et donner un préavis médical (uniquement sur dossier) quant à d'éventuelles adaptations de l'hébergement. Ce préavis peut théoriquement être en faveur d'un *maintien en ou transfert vers un logement individuel* ou consister en l'absence de contre-indication au *maintien en ou transfert vers un logement collectif*. Dans la pratique, il s'avère fréquemment être plus nuancé : transfert en centre collectif mais pas dans certains foyers connus comme très difficiles, ou en chambre individuelle ou encore avec la possibilité de préparer ses propres repas. Le GT peut



aussi recommander un hébergement dans une certaine zone géographique (accès à des lieux de soins particulièrement spécifiques), ou avec un accès facilité aux moyens de transport.

Ce sont les dossiers de ce groupe de travail qui ont été analysés dans cette étude, tel qu'exposé dans la méthodologie (III.B).

## **E. MIGRATION ET SANTÉ**

La santé est définie par l'OMS comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». (24)

De nombreux facteurs sont impliqués dans cet état de santé. Il y a des aspects physiologiques et biologiques (genre, âge, génétique, etc.) mais aussi une dimension sociale importante. L'environnement et le milieu de vie jouent un rôle conséquent dans le fait d'être en « bonne santé » et de maintenir cet état.

L'OMS a relevé dix *déterminants sociaux* que l'on devrait prendre en compte dans toute évaluation de l'état de santé d'une personne et dans sa prise en charge : (25)

- le *gradient social* (plus il est bas, plus le risque de maladie grave ou de décès prématuré est élevé),
- le *stress*,
- les événements survenus dans la *petite enfance*,
- l'*exclusion sociale*,
- le *travail*,
- le *chômage*,
- l'existence d'un *soutien social*,
- les *dépendances* (augmentation des inégalités de santé),
- l'*alimentation*,
- les possibilités de moyens de *transport* (amélioration de l'état de santé par une diminution de la sédentarité)

Ces différents facteurs influent les possibilités d'accéder à des soins adéquats en cas de maladie (26) et sont responsables de *disparités en santé*(27) et de *disparités dans les soins*, observables entre deux populations (une d'étude, une de contrôle). Une étude réalisée aux Etats-Unis en 2000 a par exemple démontré plus de maladies cardiaques, cérébrovasculaires et de néoplasies malignes chez les Américains d'origine africaine que chez n'importe quel autre groupe ethnique. Cette différence peut être liée aux déterminants sociaux précités ; s'ajoutent à eux des questions de mauvaise prise en charge des maladies, d'assurance-maladie, de barrière linguistique, de manque d'information adéquate ou à la conception culturelle de la santé, sans oublier le rôle de la génétique ou des habitudes de vie. Tous ces facteurs ont pu être identifiés dans de nombreuses études. (28,29)

L'hétérogénéité de la population migrante, avec des parcours de vie parfois très différents rend la question plus complexe. Les études réalisées sur le sujet ont pu montrer un effet protecteur de la migration (« *healthy immigrant effect* »), aussi bien qu'un effet délétère.

L'« *healthy immigrant effect* » décrit chez les migrants récemment arrivés dans un pays hôte, un meilleur état de santé que la population autochtone (à âge égal). L'hypothèse serait que ceux ayant pu quitter leur pays d'origine, assumer le processus de migration et arriver au pays d'accueil, bénéficieraient d'un bon état de santé ainsi que d'un niveau socio-économique plus élevé. Ceci suppose que les personnes ne disposant pas de ces ressources physiques, psychiques et socio-

économiques n'auraient pas pu accomplir une telle démarche ou auraient alors seulement pu rejoindre des pays frontaliers au leur.

Par exemple, une étude réalisée au Canada a montré que les immigrants consultaient moins que les Canadiens, et décédaient moins de cancers, de maladies cardiovasculaires ou diabète. En revanche ils présentaient autant de maladies infectieuses. (30) De multiples études ont démontré que cet effet s'atténue trois à cinq ans après l'arrivée dans le pays hôte. Cela peut être lié à des conditions de vie précaires, à une mauvaise intégration au système de soins, ou encore à l'exposition à de nouveaux modes de vie et risques épidémiologiques.

D'un autre côté, un mauvais état de santé des populations migrantes forcées est également souvent décrit. On retrouve à l'origine de cela, des situations de vulnérabilités multiples liées au parcours de migration (traumatismes, séparations), aux conditions de vie dans le pays d'accueil (logement, statut) et aux caractéristiques individuelles. La question spécifique des requérants d'asile a elle aussi fait depuis une dizaine d'années l'objet de nombreuses études. Elles rapportent chez eux une prévalence plus élevée de troubles psychiatriques, notamment de syndromes de stress post-traumatique (PTSD), mais aussi de troubles anxieux et de symptômes dépressifs. (31,32) Ces troubles sont liés à des traumatismes pré-migratoires tels que prison, torture, séparation forcée des proches, à ceux survenant pendant la migration ainsi qu'aux problèmes post-migratoires, en particulier la peur d'être renvoyé et les délais dans la procédure d'asile. (31,33) Le temps passé en situation précaire dans le pays d'accueil est aussi un facteur favorisant le développement de troubles psychiatriques et est associé à toutes les difficultés que rencontre le migrant : impossibilité de pouvoir se représenter l'avenir, absence de revenus, absence de travail, absence de logement individuel adéquat, inquiétude pour les enfants ou pour les proches vivant toujours dans le pays d'origine, etc. (34)

Une étude danoise a notamment démontré que le risque de développer des troubles mentaux, en particulier le PTSD, augmente avec le temps passé dans les centres d'asile. Le nombre de diagnostics somatiques augmenterait aussi. (35) Ces résultats ont été corroborés par d'autres études, dans des populations différentes (36,37), ainsi qu'en Irlande (38) et aux Pays-Bas. (39)

L'état de santé des migrants en Suisse est dans l'ensemble moins bon que celui des Suisses. Ils souffrent par exemple plus de maladies infectieuses, ont plus de problèmes psychosomatiques, les femmes ont un taux de mortalité pendant la grossesse et l'accouchement plus élevé, et les enfants souffrent plus souvent de caries de l'enfance. (40) Ils se soumettent moins souvent aux examens de dépistage et surestiment les risques de certains comportements (tabagisme, consommation d'alcool, pratiques sexuelles à risque). (40,41)

La population des migrants forcés a peu été étudiée en Suisse. Une étude menée dans une polyclinique de Bâle met en évidence l'importance de maladies musculo-squelettiques et respiratoire, (42) ainsi que des troubles dépressifs et PTSD. D'autres ont pu montrer chez les migrants précarisés une prévalence élevée de la tuberculose (43) et de la maladie de Chagas (44). Une étude réalisée dans le Canton de Vaud s'est penchée sur l'état de santé d'un échantillon représentatif des requérants d'asile à l'aide d'urgence (298 personnes). 58% d'entre eux souffraient d'au moins une pathologie somatique et 70% d'une pathologie psychiatrique (dont 50% présentaient un trouble de l'humeur, 35% un trouble anxieux, 35% un PTSD sévère). (1)

Dans ce contexte, l'objectif est de dresser un tableau de l'état de santé physique mais surtout mental des personnes percevant l'Aide d'urgence, pour lesquelles une demande a été effectuée auprès du GT-Vulnérabilité et d'identifier des facteurs associés à cet état de santé.

Après avoir exposé dans les paragraphes précédents comment s'organise le système de soins dans le Canton de Vaud, nous nous sommes attachés à explorer ce qu'implique une telle activité pour la pratique médicale et comment cela influe sur la prise en charge de ces populations vulnérables.

### **III. MÉTHODE**

#### **A. REVUE DE LITTÉRATURE**

Cette recherche de littérature a été effectuée de façon exhaustive mais non-systématique. Elle s'est concentrée dans un premier temps sur les liens existant entre la migration et la santé, notamment la santé mentale. Ensuite ont aussi été recherchés des articles et études traitant plus spécifiquement de la question des requérants d'asile, réfugiés et déboutés ; l'objectif était de documenter quel impact pouvaient avoir ces situations sur la santé psychique des personnes, quels facteurs avaient pu être identifiés, et pouvoir ensuite comparer cela à nos propres résultats et ainsi mieux les interpréter. Peu d'études ayant été effectuées sur ces sujets en Suisse, la littérature internationale a également été fortement investiguée, au moyen de *Pubmed* notamment, mais aussi à partir des bibliographies des articles trouvés.

Les articles étudiés traitent la question sous différents angles : épidémiologique, clinique, anthropologique et éthique. Par ailleurs, une importante recherche a été effectuée dans les domaines juridique et associatif (textes de loi, accords internationaux, recommandations, etc.) afin de mieux comprendre le contexte.

#### **B. ANALYSE STATISTIQUE DESCRIPTIVE**

Une base de données a été établie par le GT-Vulnérabilité à partir des dossiers qu'il étudie, afin de permettre un suivi des demandes. Elle comprenait notamment pour chaque RA (seuls sont rapportés les items utilisés dans l'analyse): le nom, la date de naissance, le genre (homme, femme, enfant), la situation familiale (famille, célibataire), l'origine de la demande (EVAM, MPR, psychiatre, juristes, etc.), le préavis quant au logement et auparavant sur l'affiliation à une assurance-maladie (désormais toutes les personnes à l'aide d'urgence sont assurées) et la réponse de l'EVAM au préavis du GT.

Une première analyse des dossiers à partir de cette base de données a été commencée le 26.11.10, avec pour objectif de se familiariser avec les données et de déterminer quelles informations extraire et comment les classer.

En décembre 2010, la nouvelle base de données était définie et comportait les items présentés ci-après (Tableau 1, (45,46))

Tableau 1. Données relevées dans les dossiers

<b>Complétés par le GT-Vulnérabilité</b>	<b>Nom, prénom</b>		<b>Rapport généraliste: Questionnaire "Critères de vulnérabilités"</b>	<b>Rapport généraliste</b>		
	<b>Date de naissance</b>			<b>Communication en français</b>	- Bonne - Moyen - Mauvais/inexistant (aussi si interprète indispensable) - Information inconnue	
	<b>Statut</b>	- Homme - Femme - Enfant		<b>Diagnostic somatique</b>	Major Diagnostic Categories	
	<b>Etat civil</b>	- Famille (un seul membre par famille est comptabilisé) - Célibataire		<b>Grossesse au moment de la demande</b>		
	<b>Origine de la demande</b>	- EVAM - Appartenances (interprètes) - SAJE (service juridique) - Patient - CSI (centre de santé infirmier) - Psychiatre - MPR		<b>Trouble majeur du développement</b>	Notamment l'autisme	
	<b>Commentaires internes</b>			<b>Diagnostic psy</b>	- Psychoses symptomatiques - Troubles de l'humeur graves - Troubles anxieux graves - Syndrome de stress post-traumatique	
	<b>Réponse GT CHUV/PMU</b>			<b>Rapport psychiatrique</b>	<b>Rapport psychiatrique</b>	
	<b>Réponse de l'EVAM</b>				<b>Diagnostic psychiatrique</b>	CIM-10 (OMS)
	<b>Demande soumise au GT</b>				<b>Traitement médicamenteux</b>	- Neuroleptiques - Anxiolytiques - Antidépresseurs - Autre catégorie - Eventuelle prescription non précisée
	<b>Date de soumission du dossier au GT</b>				<b>Evènements de vie à potentiel traumatique</b>	viol, torture, maltraitance/violence, agression, guerre, prison, tentative de suicide, autre : au pays d'origine et en Suisse
	<b>Décision finale</b>	- Décision positive - Décision négative - N'entre pas en matière - Manque d'informations pour décision - Décision non connue	<b>Rapport psychiatrique</b>	<b>Pays d'origine</b>	Codes régions géographiques, zones, pays de l'ONU	
	<b>Logement, après prise en charge par le GT, ou sans prise en charge si il n'entre pas en matière ou manque d'informations.</b>	- Individuel - Individuel dans centre - Partagé dans centre - Pas d'information		<b>Année d'arrivée en Suisse</b>		

Les dossiers ont été étudiés dans l'ordre alphabétique des noms des RA et des membres de leurs familles.

Comme présenté dans le Tableau 1, les informations médicales ont été extraites des Questionnaires « Critères de vulnérabilités » complétés par les MPR et des rapports psychiatriques.

Ces derniers étaient parfois très hétéroclites et les catégories utilisées pour en organiser les données extraites ont été choisies en fonction des informations les plus fréquemment rapportées et qui semblaient les plus pertinentes par rapport à l'étude. Tous les rapports psychiatriques ne contenaient pas des informations pour chaque catégorie. Il n'est par exemple pas toujours fait mention d'éventuels traumatismes vécus par le RA, ce qui ne signifie pas pour autant qu'il n'en ait pas vécu. (voir V.C Biais et limites de la méthodologie)

Les informations relatives au pays d'origine et l'année d'arrivée en Suisse peuvent être extraites du rapport du généraliste ou du psychiatre, ou bien des divers documents composant le dossier (rapport de l'ODM, de juristes, d'associations, de particuliers, etc.), ainsi que d'Axya. (Logiciel de gestion administrative du patient; 47)

La date de soumission du dossier correspond à la première demande effectuée auprès du GT-Vulnérabilité. Concrètement, il s'agit de la date figurant sur la feuille de demande d'étude du dossier de l'EVAM, et lorsqu'exceptionnellement celle-ci était absente, de la date la plus ancienne présente sur un rapport médical, juridique, etc. adressé spécifiquement au GT dans le but de préaviser auprès de l'EVAM.

La décision finale considérée est la dernière à figurer dans le dossier, soit après d'éventuelles révisions du dossier, ou nouvelles demandes telles que définies précédemment.

Quand un même type de document (questionnaire « Critères de vulnérabilités » ou rapport psychiatrique) était présent en plusieurs exemplaires (pour compléter le dossier, parfois après un délai assez long, ou pour renouveler la demande), étaient prises en compte les informations figurant sur tous les documents. Dans le cas particulier de la grossesse, et si plusieurs demandes ont été déposées, celle-ci n'a été prise en compte que si elle était survenue au cours de la demande pour laquelle la décision a été considérée dans l'analyse, soit la dernière demande.

En avril 2011, la base de données a été complétée et une première analyse statistique descriptive a été réalisée à partir de cette base de données, afin d'être utilisée dans le cadre d'un chapitre de livre pour la Croix-Rouge Suisse. (49, Annexe C)

Cette analyse statistique a ensuite été reprise en novembre/décembre 2011, afin de la compléter et d'en corriger les erreurs et/ou imprécisions.

## IV. RÉSULTATS

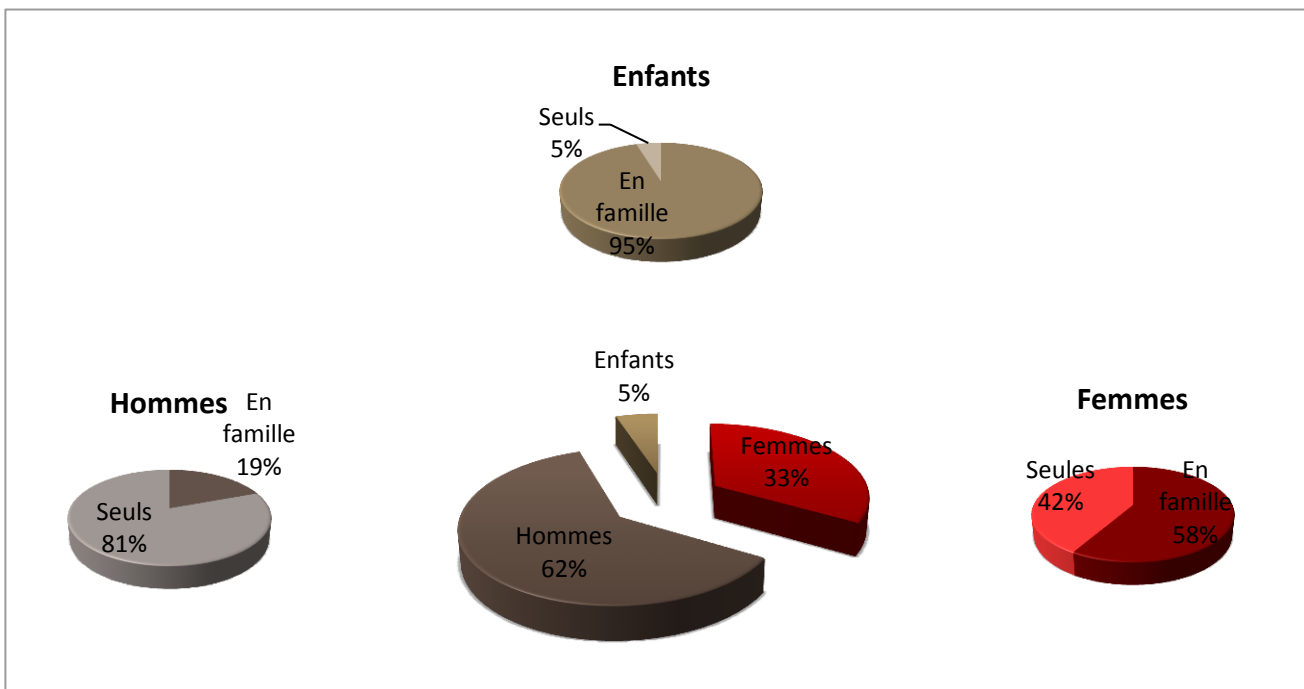
### A. DÉMOGRAPHIE

Depuis sa création jusqu'en avril 2011, le GT-Vulnérabilité avait traité 411 demandes qui concernaient les conditions de vie d'une population de 656 personnes. 149 demandes (36%) impliquaient des familles ou des couples et 262 des personnes seules.

Au niveau démographique nous distinguons la population constituée seulement des personnes ayant fait l'objet d'une demande de celle élargie à leur éventuel entourage.

Comme montré dans la Figure 1, les demandes concernent surtout des hommes, majoritairement seuls. Les femmes sont quant à elles plus souvent en famille ou en couple. Un seul Mineur Non-Accompagné (MNA) était concerné. La moyenne d'âge des adultes est de 34ans. Il s'agit donc d'une population relativement jeune.

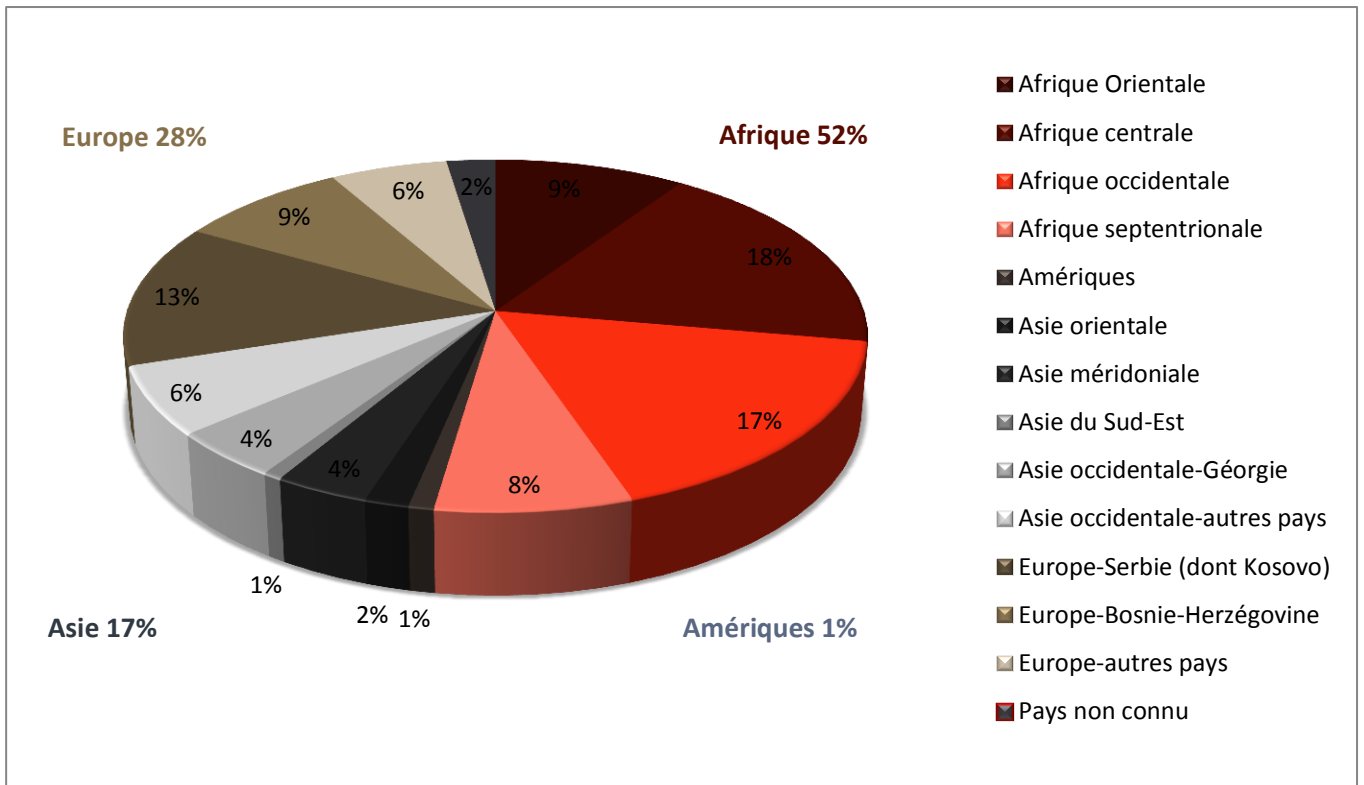
Figure 1. Personnes ayant fait l'objet d'une demande (Annexe A.1)



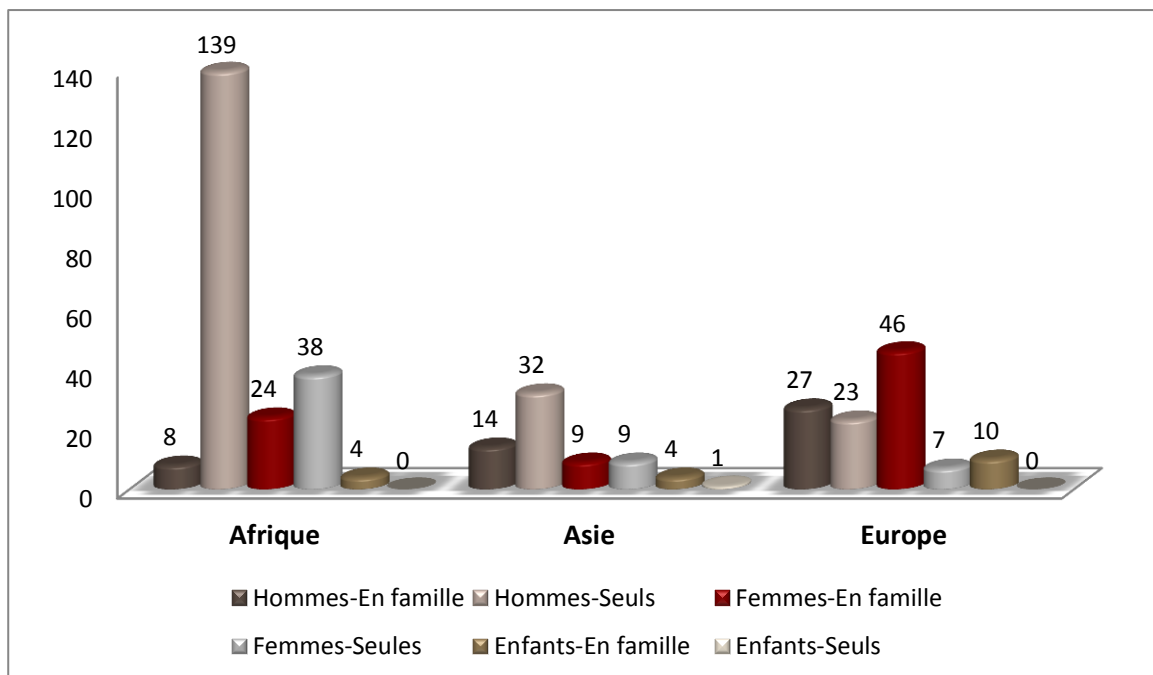
Les données suivantes portent uniquement sur les personnes ayant fait l'objet d'une demande.

Le graphique de la Figure 2 rapporte la répartition selon le pays d'origine. 52% des personnes viennent d'Afrique, en particulier d'Afrique centrale et occidentale (19% et 17%) et 28% d'Europe, en particulier de Serbie/Kosovo (13%). On peut aussi noter que les migrants venus d'Europe sont, contrairement aux autres le plus souvent en famille. (Figure 3)

**Figure 2. Pays d'origine des personnes ayant fait l'objet d'une demande**



**Figure 3. Origine des personnes ayant fait l'objet d'une demande en fonction de leur situation familiale**



## **B. PREAVIS**

Pour 85 (21%) des 411 demandes, le groupe n'a pas été en mesure de donner un préavis, le plus souvent par manque d'informations, mais aussi parce que la demande n'entraîne pas dans son mandat (« non-entrée en matière »). La décision n'a pas pu être retrouvée dans 10 situations.

Pour les 325 autres demandes, soit 79% d'entre elles, le groupe a pu donner un préavis sur la question de l'aménagement du logement. Celui-ci était dans le sens de la demande (soit « positif ») dans 82% des cas. Le GT suit donc généralement les demandes des rapports médicaux, mais la proportion significative (18%) de réponses négatives montre qu'il fonde sa décision sur une analyse pertinente des dossiers.

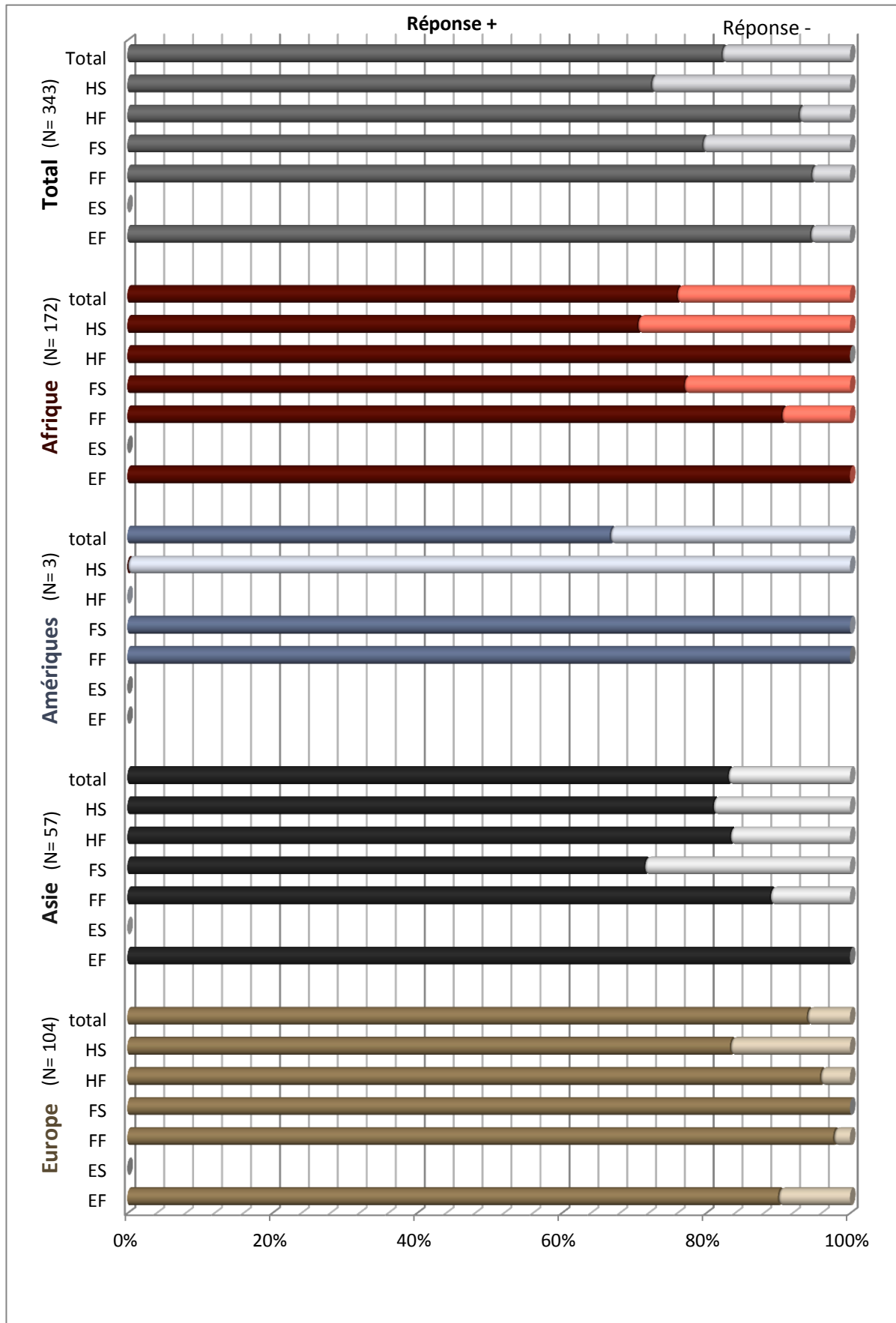
Nous observons par ailleurs une plus grande proportion de préavis positifs pour les dossiers de femme (89%) et d'enfants (94%).

Le graphique de la figure 4 associe les préavis (positifs vs négatifs) aux données démographiques (genre, état civil, pays d'origine). On relève plus de préavis positifs chez les personnes en famille ou en couple (94%) que chez celles qui sont seules (74%). La région d'origine semble aussi jouer un rôle, puisqu'il y a moins de préavis positifs chez les ressortissants africains (72%), et dans une moindre mesure chez les ressortissants asiatiques (82%). Ceci peut s'expliquer par le fait que les migrants venant d'Afrique sont très majoritairement des personnes seules (81%) (Figure 3), ce qui est moins le cas chez ceux venant d'Asie. Les migrants venus d'Europe sont quant à eux majoritairement en famille. Néanmoins, en regardant les préavis seulement chez les personnes seules, on retrouve l'influence de la région d'origine précitée.

Les chiffres suivants portent sur les demandes pour lesquelles le GT a pu préavisier (positivement vs négativement, soit 325 dossiers).



Figure 4. Réponse du GT en fonction de l'origine et des caractéristiques démographiques de la personne (Annexe A.2)

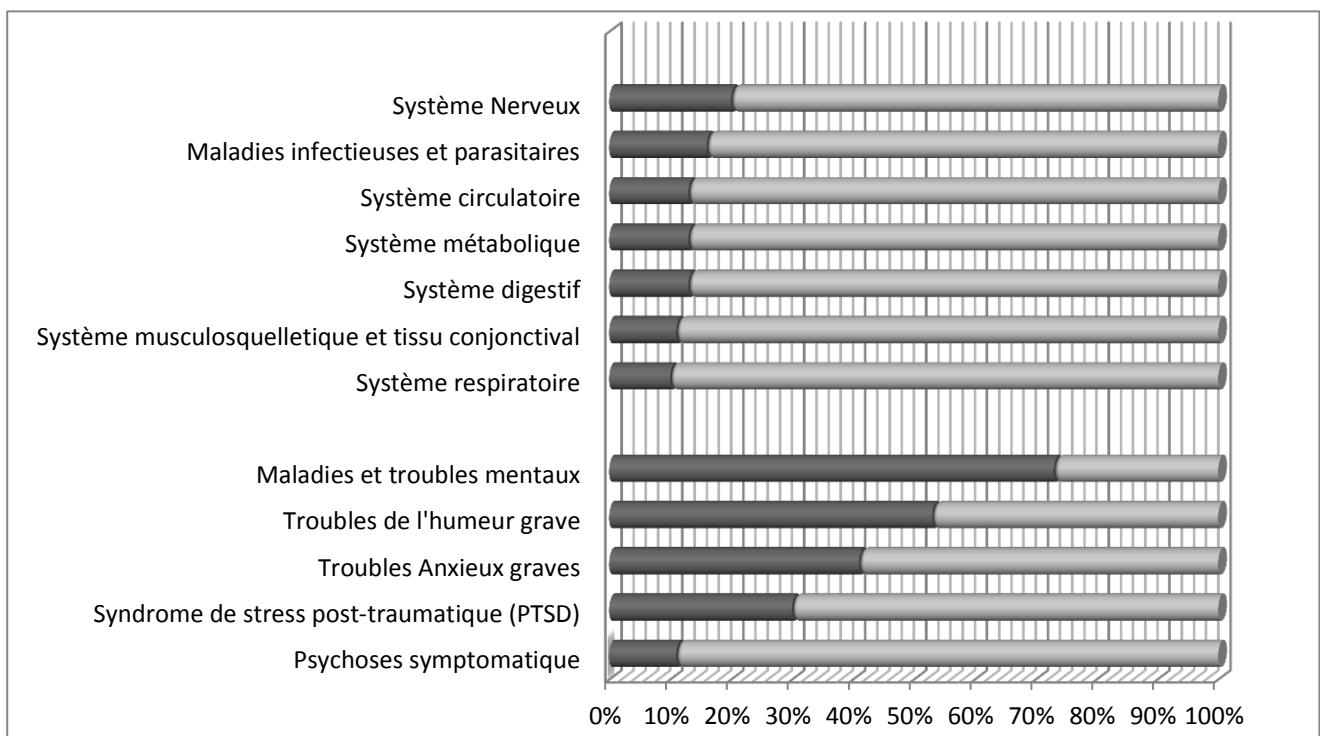


### C. RAPPORTS GÉNÉRALISTES

Parmi les demandes pour lesquelles une décision a pu être rendue 59,7% avaient un questionnaire « Critères de vulnérabilité » complété par un MPR.

Le graphique de la Figure 5 rapporte les principaux diagnostics somatiques relevés dans ces rapports, classés par système. 42% des personnes concernées ont au moins deux diagnostics somatiques (c'est-à-dire que deux systèmes étaient atteints ; plusieurs pathologies touchant un même système n'étaient comptabilisés qu'une seule fois, et équivalaient à un diagnostic somatique), et on en compte en moyenne 1,60 par demande. Nous n'avons pas pu comparer ces chiffres à une population de référence, mais ils rendent néanmoins compte, au regard du jeune âge de la population concernée, d'un état de santé préoccupant. On retrouve notamment des maladies infectieuses et parasitaires (16%) ainsi que des atteintes du système nerveux (20%). (Annexe A.3)

Figure 5. Proportions des principaux diagnostics somatiques et des diagnostics psychiatriques d'après les questionnaires "Critères de vulnérabilité" (Annexes A.3)

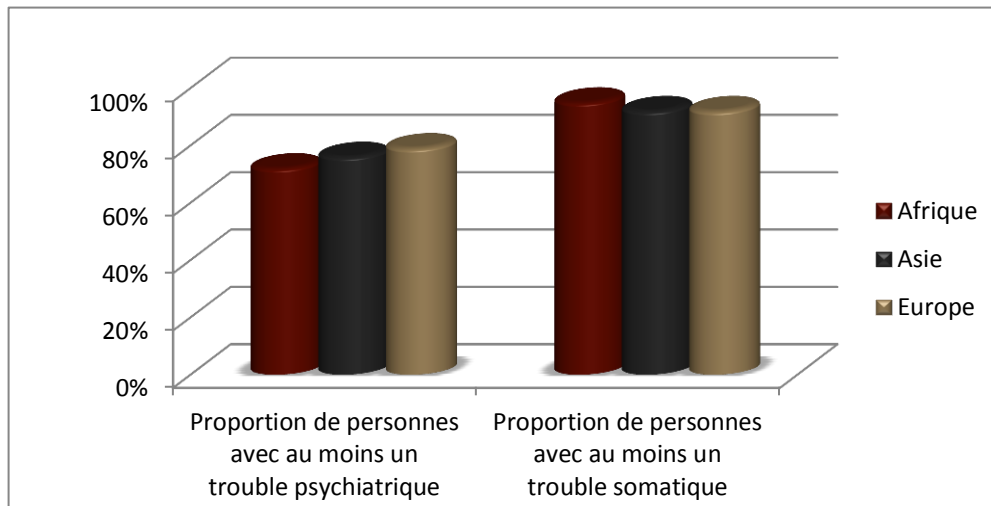


Les diagnostics psychiatriques relevés par les généralistes dans ce même questionnaire apparaissent également dans le graphique de la Figure 4. Au total 74% des RA présentent au moins un trouble psychiatrique et 42%, au moins deux. On relève notamment chez plus de la moitié d'entre eux (53%) des troubles de l'humeur graves, suivis de troubles anxieux graves (41%). Environ 1/3 présentent un PTSD. Bien que cette répartition des troubles soit assez proche de celle décrite chez les patients consultant les policliniques psychiatriques, il semble risqué d'établir une comparaison entre les deux, tant les caractéristiques de ces deux populations semblent différentes.

On note également qu'une grande majorité (72%) présente à la fois au moins un diagnostic somatique et au moins un diagnostic psychiatrique.

L'influence de la région d'origine sur la présence d'un diagnostic de trouble psychiatrique ou somatique semble non significative. (Figure 6) A noter néanmoins les légers écarts montrant une prévalence de troubles psychiatriques moindre en Afrique par rapport à l'Europe, et inversement en ce qui concerne les troubles somatiques.

**Figure 6. Proportion de personnes avec au moins un trouble psychiatrique ou au moins un trouble somatique en fonction de la région d'origine**

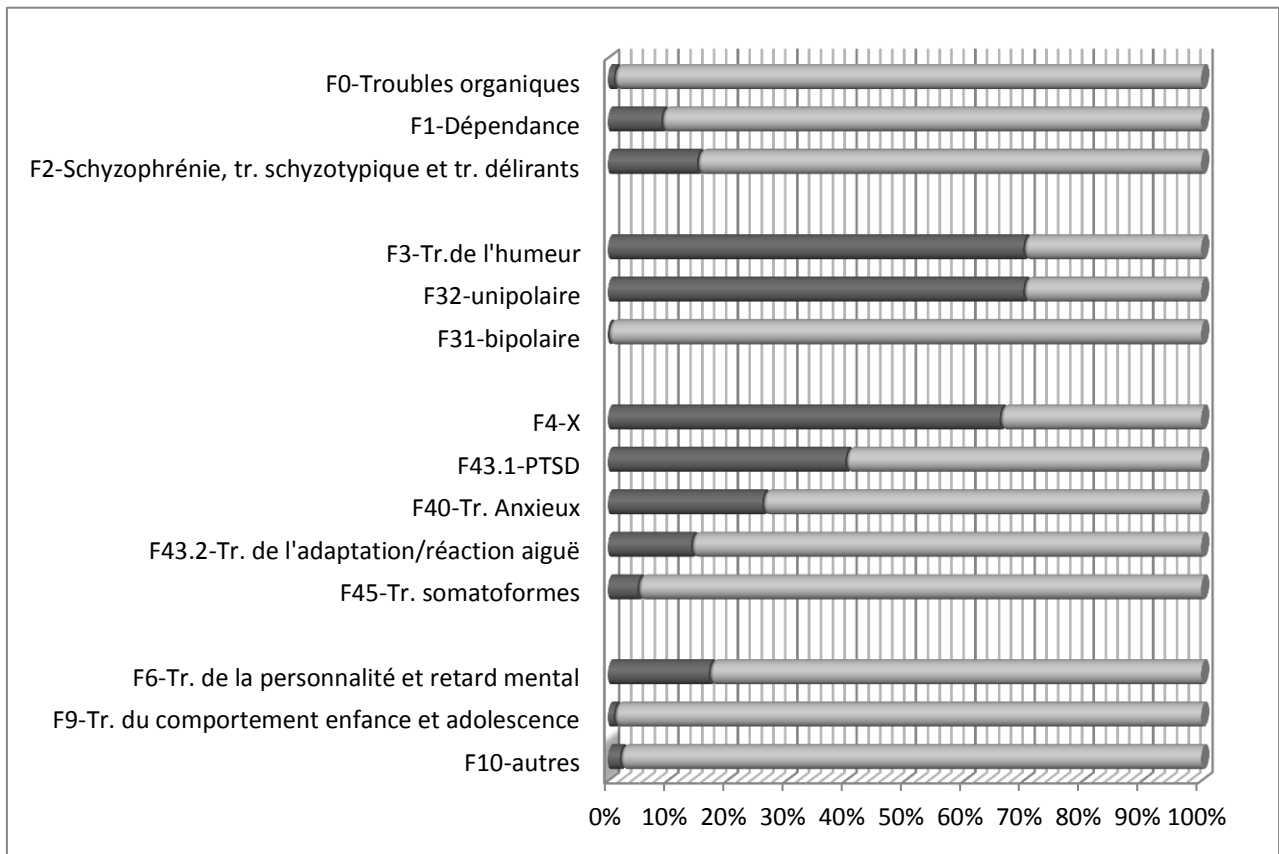


#### **D. RAPPORTS PSYCHIATRIQUES**

Etant donné l'importance des troubles psychiatriques dans cette population, nous avons examiné plus en détail les demandes pour lesquelles nous disposons d'un rapport psychiatrique, ce qui était le cas pour 148 personnes, soit 45% des demandes. A noter dans certains cas, l'absence de rapport psychiatrique malgré la présence d'un diagnostic de trouble psychiatrique dans le rapport du généraliste.

Les diagnostics psychiatriques les plus fréquents sont les troubles de l'humeur unipolaire (70%), les PTSD (40%) et les troubles anxieux (26%), suivis des troubles du spectre schizophrénique (15%) et des troubles de l'adaptation (14%).(Figure 7)

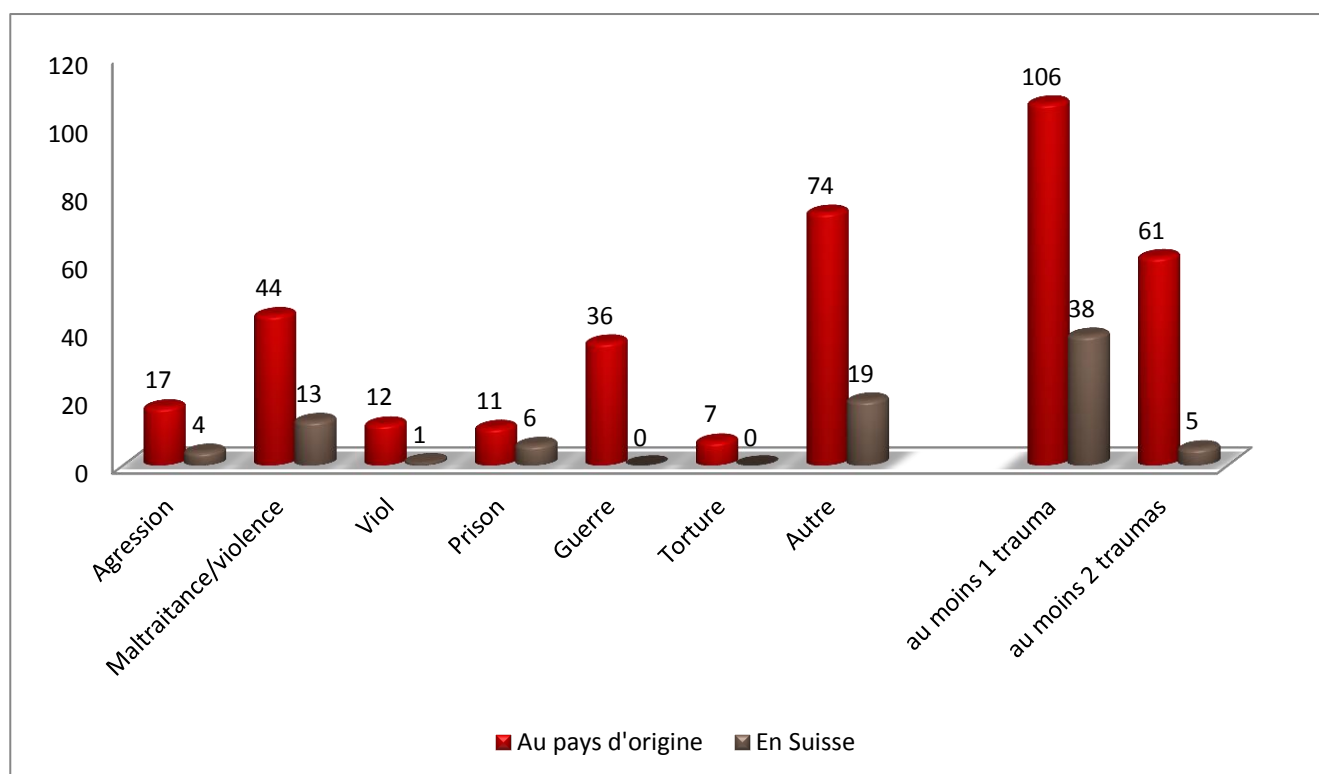
**Figure 7. Troubles psychiatriques classés selon la CIM-10 chez les personnes avec un rapport psychiatrique**



En recherchant des facteurs contributifs à ces troubles psychiatriques et en particulier face à la forte prévalence de PTSD, nous nous sommes intéressés aux évènements de vie ayant pu générer des traumatismes, au pays d'origine et en Suisse.

La Figure 8 présente les traumatismes les plus fréquemment signalés dans les dossiers. La catégorie « autres traumatismes » comporte notamment les menaces de mort, la séparation forcée des proches, les parcours de migration particulièrement difficiles, etc.

Figure 8. Prévalence de traumatismes au pays d'origine et en Suisse (Annexe A.4)



Il ressort de cette analyse que 81% des personnes disposant d'un rapport psychiatrique présentent au moins 1 traumatisme et 32%, au moins 3. On retrouve en moyenne 1.3 traumatismes vécus au pays d'origine, et 0.3 en Suisse. Nous pouvons par ailleurs relever les fréquentes tentatives de suicide : 24% ont fait une tentative en Suisse, 2% en auraient fait au pays d'origine.

## **V. DISCUSSION**

### **A. CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE**

Si une description démographique et médicale de cette population a pu être établie, des facteurs responsables n'ont pu être clairement identifiés, comme cela a été largement signifié dans les paragraphes précédents. La recherche de littérature a permis d'apporter quelques réponses (en partie exposée dans le paragraphe II.E.) à ces questions.

Il s'agit d'une population dont l'état de santé, aussi bien physique que mental, est indéniablement compromis, non seulement parce que « l'état complet de bien-être physique, mental et social » (24) n'est pas atteint, mais également parce que l'on retrouve chez ces personnes une importante prévalence de maladies.

Concernant plus spécifiquement la santé mentale des personnes soumises au régime de l'aide d'urgence, les résultats de l'étude nous montrent une situation préoccupante. D'après une étude de la charge mondiale de morbidité en 2000 réalisée par l'OMS, la prévalence ponctuelle du PTSD dans la population générale est de 0,37 %, or elle est ici de 40%. (49)

On note par ailleurs l'absence de diagnostic de trouble bipolaire ; on devrait pourtant s'attendre au minimum à 3-4 cas (prévalence dans la population générale) ou même entre 15 et 30 cas, puisqu'il s'agit d'une population clinique. (48) Ceci peut refléter les difficultés de poser un diagnostic quand il s'agit d'une population migrante, n'ayant pas toujours un suivi médical optimal et pour lesquelles il est délicat de réaliser une anamnèse précise et détaillée. Ces résultats sont néanmoins à considérer avec circonspection ; si ces patients présentent très certainement au moins un trouble psychiatrique, il est moins aisé d'affirmer sans doute aucun la nature de ceux-ci.

Des facteurs associés à cet état de santé n'ont pu être formellement établis dans le cadre de la situation locale du canton de Vaud, mais les traumatismes identifiés dans une proportion non négligeable (aussi bien dans le pays d'origine qu'en Suisse) sont corroborés par ce que rapporte la littérature internationale, qui a pu démontrer les liens existants entre les événements de vie tels que ceux vécus par les demandeurs d'asile et le développement de troubles psychiques, notamment le syndrome de stress post-traumatique. (33)

Il faut cependant ici aussi considérer ces résultats avec prudence. Les événements de vie n'étaient pas explorés dans tous les rapports psychiatriques, et quand ils l'étaient, on ne peut en affirmer l'exhaustivité. De plus, il est possible que certains événements traumatisants n'aient pas pu être exprimés par le migrant du fait d'un PTSD, ou d'un manque de confiance envers le médecin. (31)

Les conditions de vie imposées par le régime de l'aide d'urgence contribueraient également au développement de troubles psychiatriques, ou à leur exacerbation si ceux-ci préexistent.

La mise en contexte a permis d'exposer les systèmes mis en place en Suisse, et dans le Canton de Vaud plus particulièrement pour prendre en charge cette population vulnérable. Au travers de l'étude de l'activité du GT-Vulnérabilité, de nombreuses questions d'ordre éthique ont surgi, notamment par rapport au rôle de celui-ci dans un système imposé et dont l'adéquation est souvent discutée.

### **B. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES**

Le Groupe de Travail « Critères de Vulnérabilité » a été créé afin de permettre aux personnes particulièrement vulnérables vivant sous le régime de l'aide d'urgence de bénéficier

d'aménagements du milieu de vie compatibles avec leur état de santé. Cependant, il se retrouve bien souvent confronté à des questionnements d'ordre éthique quant au rôle exact à tenir face à ces situations de détresse.

Le médecin premièrement, n'agit plus ici comme soignant mais de fait comme expert. Il a pour mission d'aviser sur la vulnérabilité d'une personne (et non plus d'un patient) et sur le degré de nuisance et de nocivité du milieu de vie sur sa santé physique et psychique, en répondant positivement ou non aux demandes qui leur sont soumises. On retrouve dans le Manuel d'éthique médicale édité par l'Association Médicale Mondiale (AMM) la notion de « *double-allégeance* » (50), à laquelle le médecin se retrouve confronté lorsqu'il a « des devoirs et responsabilités à la fois envers [ses] patients et envers des tiers et que ces devoirs et responsabilités sont incompatibles ». Cette double-allégeance se retrouve quelque peu ici dans la mesure où le médecin doit d'un côté agir pour le mieux de la personne examinée (à noter pour rappel que l'évaluation se fait sur dossier) et d'un autre côté respecter le mandat d'expert qui lui a été confié par l'institution avec qui elle collabore, à savoir l'EVAM.

Lorsqu'il recommande des aménagements spécifiques ou ne s'oppose pas au maintien en foyer collectif, le GT-Vulnérabilité participe de façon directe à la gestion de la population dont l'EVAM a la charge. Le groupe contribue alors pleinement à l'application de la Loi sur l'Asile telle que révisée en 2006, et cautionne par son activité la politique d'asile qu'elle propose. La médecine est ainsi mise au service de décisions politiques au risque d'entrer en conflit avec les valeurs et les prérogatives qui sont initialement les siennes. Son rôle et implication dans ces questions d'asile n'est toutefois pas illégitime si on considère un effet néfaste des conditions de vie des RA. En intervenant, le médecin cherche à l'en préserver et répond à un des principes éthiques fondamentaux de la médecine : *primum non nocere* (31), ou principe de non-malfaisance / bienfaisance.

Si l'on se fie à la définition de la santé selon l'OMS, et au regard des déterminants de la santé établis par eux, les conditions de vie imposées par le régime de l'aide d'urgence semblent s'opposer à l'accomplissement de cette définition et avoir potentiellement un effet néfaste sur la santé de tous ceux qui y sont soumis.

En acceptant de travailler avec l'EVAM sur les questions de logement, le GT-Vulnérabilité permet aux requérants déboutés souffrant le plus de cette situation de se soustraire quelque peu aux facteurs responsables ou potentiellement responsables de leur état, et parfois de bénéficier d'une meilleure prise en charge médicale (rapprochement des centres hospitaliers par exemple). En agissant comme cela, le GT suit ce que le sociologue Max Weber appelle une *éthique de responsabilité*, en opposition à une *éthique de conviction*. (51) Ici, la *conviction* serait que les conditions de vie auxquelles sont soumis ces migrants par la LAsi sont inacceptables quel que soit l'individu, son statut d'asile, son état de vulnérabilité ou de bonne santé. Dans ce cas, l'attitude impliquerait de ne pas collaborer à l'application de la loi et de travailler, comme le font de nombreuses organisations existantes, à montrer aux citoyens suisses et à dénoncer aux autorités ce que vit une personne à l'aide d'urgence. Cette attitude ne regarde pas tant aux conséquences directes et immédiates qu'elle engendre, mais cherche plutôt à respecter et agir selon la conviction défendue en toute circonstance. Le danger est qu'alors les actions entreprises restent sans résultat, qu'entre-temps les responsabilités reviennent à des personnes ne partageant pas ces convictions, et la réalité s'éloigne d'autant plus de ce qui aurait semblé le plus juste. Néanmoins, il se peut aussi qu'à force de lutter et travailler à défendre cette position un changement puisse réellement avoir lieu.

Suivre une *éthique de responsabilité* peut mettre la personne en conflit avec une conviction personnelle forte. Elle répond cependant à un autre concept important qui veut que toute action, ou non-action ait des conséquences et que l'on doit en tenir compte. Pourquoi le GT-Vulnérabilité agit-il ainsi ?

Comme cela a déjà été dit, sa mission est de « chercher à protéger autant que faire se peut les plus vulnérables ». (48) Pour se faire, il doit pouvoir être accepté et entendu par le système qui en a la charge, soit l'EVAM et l'ODM. Il doit donc veiller à rester neutre dans ses évaluations et à respecter son mandat. Agir selon une éthique de responsabilité permet ici d'au moins protéger une partie à défaut de tous. Cela permet surtout de rester présent et de conserver un certain champ d'action (bien que relatif ; l'EVAM prenant la décision finale tout en tenant compte du préavis du GT) et n'empêche pas de mener en parallèle une action d'*advocacy* et d'information. Cela peut se traduire par un investissement au niveau politique et social avec pour but de défendre auprès des autorités et de la population les droits et intérêts des RA. Cela implique aussi la nécessité de soutenir les propos et les idées par des données objectives.

Le dilemme entre agir selon une éthique de conviction ou bien selon une éthique de responsabilité se retrouve à d'autres étapes de la procédure de préavis du GT, pouvant mener à une iniquité dans le traitement des demandes. Celle-ci commence avant même que la demande ne parvienne au GT. Lorsque le RA souhaite un aménagement de son lieu de vie, il doit disposer des ressources nécessaires afin de réaliser la demande auprès de l'EVAM, qui la transmettra au GT. Pour que ce dernier puisse donner le préavis le plus juste et le plus adéquat, il doit pouvoir se baser sur un dossier complet, contenant toutes les informations nécessaires. Or le migrant n'est pas toujours en mesure de les fournir et c'est là que l'équité commence à être compromise. Il doit connaître les procédures, ou pouvoir être aidé par quelqu'un qui les connaît (habituellement un assistant social de l'EVAM). Il doit avoir un médecin qui soit également correctement informé de la procédure mais aussi des critères de vulnérabilités qui seront considérés par le GT ; ce médecin doit aussi accepter de l'aider (tout en restant objectif ?...). Il doit avoir, si besoin, un rapport psychiatrique complet et pertinent, rédigé par un psychiatre qui connaît aussi la procédure, et les éléments qui seront importants pour le GT.

Autant de ressources auxquelles le requérant débouté ne peut souvent pas faire appel, et ce pour diverses raisons ; il peut y avoir un problème de communication lié à la langue, un problème de culture, de fragilité, d'isolement. Il peut y avoir de la peur, dans le contact avec les institutions, avec les soignants. Face à des différents obstacles, la *capabilité* de la personne est amoindrie. (52)

On retrouve cette iniquité lorsque l'on étudie les dossiers. Certains contiennent le questionnaire du généraliste accompagné d'une lettre du médecin, un rapport psychiatrique avec une anamnèse psychiatrique et sociale complète, la liste des médicaments prise par la personne, le rapport d'entrée de l'ODM, des documents juridiques ou d'associations/organisations travaillant dans le domaine de la migration, des lettres de « recommandation » et de soutien de proches ou d'autorités religieuses. D'autres en revanche n'ont parfois que la feuille de l'EVAM avec un mot exposant succinctement la demande. Evidemment ce sont-là les extrêmes, et la majorité des dossiers sont beaucoup plus éclectiques, avec quelques documents présents, parfois suffisants et adaptés, mais pas toujours.

Cette iniquité dans la constitution du dossier, peut-être, occasionnellement, responsable d'une iniquité dans le traitement de la demande. Quand bien même tous les documents seraient là, le GT ne rencontre jamais le demandeur, il ne doit se baser que sur le dossier qui lui est transmis. Il doit



alors se fier à ce que les médecins et autres professionnels ont indiqué. Mais si en voyant écrit que la personne présente un trouble unipolaire, ou a subi la torture, le GT peut assumer que cela est effectif, l'inverse n'est pas vrai. Il serait dangereux de dire que parce qu'une information, un diagnostic n'est pas indiqué dans le dossier, son inexistence est ainsi prouvée. Il arrive donc que le GT contacte le médecin, demande des documents supplémentaires, mais pas toujours, pas pour tous, seulement quand cela semble nécessaire, et quand cela est possible. Mais comment être sûr que même un dossier complet n'omet pas une information qui aurait pu être importante pour le GT ? Faire cela pour chaque demande exigerait un travail et un temps considérables, et sortirait quelque peu du mandat donné. Il est donc indispensable que les requérants déboutés, les médecins, les psychiatres et psychologues, et tout autre professionnel pouvant être amené à contribuer à l'élaboration de ce dossier, sachent et puissent le faire au plus juste.

### **C. BIAIS ET LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE**

La principale limite de ce travail était l'absence de population de comparaison, rendant l'interprétation des résultats délicate. L'analyse est donc essentiellement descriptive et il est difficile d'identifier de façon probante des facteurs pouvant être responsables de l'état de santé décrit.

Le groupe étudié représente un statut très spécifique dans le processus d'asile. La question est de savoir avec quoi comparer ce groupe afin de définir au mieux d'éventuels liens de causalité entre le régime de l'aide d'urgence et l'état de santé de la population étudiée: migrants non forcés ? réfugiés ? requérants d'asile ? A noter que quel qu'ait été le groupe-contrôle choisi, il n'existe actuellement pas d'étude réalisée en Suisse, ou dans le Canton de Vaud telle qu'une comparaison pertinente puisse être réalisée.

Par ailleurs, l'étude s'est focalisée sur les personnes à l'aide d'urgence ayant fait une demande auprès du GT-Vulnérabilité, soit à priori les plus vulnérables de ceux-ci. Cet échantillonnage biaise quelque peu l'interprétation des résultats, dans la mesure où dès lors l'étude ne témoigne pas directement des conséquences du régime de l'aide d'urgence chez tous ceux qui y sont soumis.

Il existe également des biais liés aux dossiers sur lesquels se base l'étude. Ce point a déjà été abordé dans la méthodologie. Chaque dossier était composé de rapports et documents différents, et nous n'avons par conséquent pas pu extraire les mêmes informations pour chaque demande. Ceci est particulièrement vrai pour les rapports de généralistes et les rapports de psychiatres, qui n'étaient présents que dans respectivement 59,7% et 46% des cas.

Autant pour les rapports des généralistes les données étaient assez comparables, autant les rapports psychiatriques étaient très variables. En effet, certains étaient des rapports très complets, avec une anamnèse personnelle et actuelle précise et détaillée, permettant d'identifier de façon exhaustive les diagnostics, les événements de vie, traitements, etc. En revanche il n'y avait parfois que quelques paragraphes s'axant sur une thématique en particulier (par exemple seulement l'anamnèse actuelle, ou seulement des événements de vie choisis). De cette absence d'homogénéité ressort la difficulté d'une analyse statistique pertinente des données, mais permet néanmoins une vue d'ensemble descriptive intéressante rapportée dans la partie IV.

Le fait que de nouveaux dossiers soient traités régulièrement par le groupe a également constitué un biais de cette étude. Les dossiers ont été analysés selon leur classement par ordre alphabétique et non chronologique. Dès lors, tout nouveau cas en cours de traitement par le GT, ou toute modification (nouveaux documents, décision EVAM, etc.) d'un cas classé avant le cas étudié actuel

n'a pas pu être pris en compte. Pour pallier quelque peu cela, la base de données a été régulièrement complétée par des nouveaux cas traités par le GT et classés.

## **VI. CONCLUSION**

Cette étude est –à notre connaissance- la première étude médicale faite en Suisse avec un focus spécifique sur l'aide d'urgence et permet de faire un état des lieux à partir duquel des solutions en termes de système de soins, santé publique et politique sanitaire pourraient être envisagées.

L'état de santé mental de ces RA tel que décrit dans cette étude, révèle indirectement des lacunes dans leur encadrement psychiatrique et social.

Il apparaît alors important de pouvoir agir sur l'environnement dans lequel évoluent ces personnes, de sorte que celui-ci ne constitue pas une source supplémentaire de stress, d'anxiété et de décompensation. Il faut pouvoir réaménager ou changer les lieux de vie et assurer leur salubrité et leur viabilité. Ces personnes doivent également pouvoir bénéficier d'activités et de projets locaux à court ou moyen terme, leur permettant de mettre en avant et développer leurs propres ressources. De nombreuses associations et organisations vaudoises ou lausannoises, telles que le Point d'Eau ou l'EVAM avec les structures d'accueil de jour, travaillent déjà à cela. Il s'agit à présent d'aller plus loin, en continuant ces activités et offrant des perspectives aux personnes soumises à l'aide d'urgence, ainsi qu'en leur permettant de disposer d'une certaine autonomie d'action et de gestion de leurs biens.

Un encadrement et une surveillance psychiatriques, mais aussi médicaux, étroits sont également nécessaires, afin de prévenir au mieux la survenue des troubles ici identifiés. Cela existe, mais là encore, il s'agit d'aller plus loin, en donnant au système de soins l'appui politique et financier indispensable à la pleine réalisation de sa mission.

Il est à présent nécessaire de mener à terme des travaux de recherche plus approfondis sur ce thème, afin d'encore mieux en comprendre les tenants et aboutissants. Il faudrait surtout un échantillon plus grand, des dossiers plus « formels » et plus statistiquement exploitables, ainsi qu'un groupe contrôle, afin d'établir des comparaisons. Il serait intéressant de suivre l'état de santé d'une population requérante d'asile tout au long de la procédure. Le risque d'une telle étude serait de biaiser les résultats, étant donné qu'il y aurait un contact plus régulier avec le milieu médical, prévenant certainement par-là nombre de maladies et de troubles. Le bénéfice serait en revanche non-négligeable pour la population étudiée. Mieux connaître ce sujet, avec des données chiffrées objectives à grande échelle, permettrait de s'assurer une nécessaire légitimité auprès des autorités.

En définitif, il est important de considérer l'état de santé des personnes à l'aide d'urgence comme une question de politique sanitaire dont chacun devrait être conscient et à laquelle des solutions plus justes, dont des pistes sont proposées ci-dessus, doivent être activement recherchées.

Il est au jour d'aujourd'hui inacceptable qu'en Suisse, des êtres humains vivent dans les conditions que le régime de l'aide d'urgence leur impose. Il est de notre devoir de médecin, au regard des conséquences sur leur santé, de le dénoncer.

Il est de notre devoir d'homme, au regard seul des conditions de vie, de le dénoncer.

## VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bodenmann P, Diserens E-A, Marguerat-Bouché A, Elghezouani C, Pasche C, Puig F, et al. Durcissement des lois sociales et santé des migrants forcés. *Rev Med Suisse*. 2008;2563–8.
2. Banens M. Les migrations internationales vues de l'Europe. *Les mondes du travail*. 2009 juin;(7):31–42.
3. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Migrant/migration [Internet]. 2012 [cited 2012 Dec 7]. Available from: <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
4. Organisation des Nations Unies. Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Chap. 1 Dispositions générales. UNHCR; 1967 [cited 2012 Dec 7]. page 16. Available from: <http://www.unhcr.fr/4b14f4a62.html>
5. Confédération Suisse. RS 142.31 Loi sur l'asile (LAsi) [Internet]. Sect. Art. 3 Définition du terme de réfugié 1998. Available from: [http://www.admin.ch/ch/f/rs/142\\_31/a3.html](http://www.admin.ch/ch/f/rs/142_31/a3.html)
6. Althaus F, Paroz S, Renteria S-C, Rossi I, Gehri M, Bodenmann P. La santé des étrangers en Suisse. *Rev Med Suisse*. 2010;59–64.
7. Office fédéral des migrations. La procédure d'asile [Internet]. 2012 [cited 2012 Dec 7]. Available from: <http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/asylverfahren.html>
8. Office fédéral des migrations. Décision d'asile [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 7]. Available from: <http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/asylverfahren/asylentscheid.html>
9. Office fédéral des migrations. Manuel de procédure d'asile [Internet]. 2008 [cited 2012 Dec 7]. Available from: [http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/asylverfahren/handbuch\\_asylverfahren.html](http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/asylverfahren/handbuch_asylverfahren.html)
10. Office fédéral des migrations. La procédure Dublin [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 7]. Available from: [http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/asylverfahren/ref\\_dublinverfahren.html](http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/asylverfahren/ref_dublinverfahren.html)
11. Confédération Suisse. RS 142.20 Loi fédérale sur les étrangers (LEtr) [Internet]. Sect. Chap.5 Section 1. Admission en vue de l'exercice d'une activité lucrative Dec 7, 2012. Available from: <http://www.admin.ch/ch/f/rs/1/142.20.fr.pdf>
12. Office fédéral des migrations. Livret B (autorisation de séjour) [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 7]. Available from: [http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/aufenthalt/nicht\\_eu\\_efta/ausweis\\_b\\_aufenthaltsbewilligung.html](http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/aufenthalt/nicht_eu_efta/ausweis_b_aufenthaltsbewilligung.html)
13. Office fédéral des migrations. Livret F (pour étrangers admis provisoirement) [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 7]. Available from:

[http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/aufenthalt/nicht\\_eu\\_efta/ausweis\\_f\\_\\_vorlaeufig.html](http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/aufenthalt/nicht_eu_efta/ausweis_f__vorlaeufig.html)

14. Office fédéral des migrations. Aide sociale accordée aux requérants d'asile, aux personnes admises à titre provisoire et aux personnes à protéger [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 7]. Available from:  
[http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/sozialhilfe/asylsuchende\\_\\_vorlaeufig.html](http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/sozialhilfe/asylsuchende__vorlaeufig.html)
15. Office fédéral des migrations. Aide sociale accordée aux réfugiés reconnus [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 8]. Available from:  
[http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/sozialhilfe/anerkannte\\_fluechtlinge.html](http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/sozialhilfe/anerkannte_fluechtlinge.html)
16. Office fédéral des migrations. Aide d'urgence accordée aux personnes frappées d'une décision de renvoi et tenues de quitter la Suisse [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 7]. Available from:  
<http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/fr/home/themen/asyl/sozialhilfe/nothilfe.html>
17. Office fédéral des migrations. Aide d'urgence : une minorité de bénéficiaires de longue durée [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 7]. Available from:  
<http://www.bfm.admin.ch/bfm/fr/home/dokumentation/medienmitteilungen/2010/2010-05-27.html>
18. Bolliger C, Féraud M. La problématique des requérants d'asile déboutés qui perçoivent l'aide d'urgence sur une longue période. Berne; 2010 May.
19. Trummer M. L'Aide d'urgence pour les requérants d'asile déboutés. Organisation suisse d'aide aux réfugiés. 2008.
20. Office fédéral de la statistique. Statistiques de l'asile en Suisse de 2011 [Internet]. Available from:  
<http://www.bfm.admin.ch/content/dam/data/migration/statistik/asylstatistik/jahr/2011/stat-jahr-2011-f.pdf>
21. Etablissement vaudois d'accueil des migrants. Rapport d'activité 2011. 2012 page 2–6.
22. Chancellerie fédérale. Votation populaire du 24 septembre 2006 - Explications du Conseil fédéral concernant les modifications de la loi sur l'asile [Internet]. 2006 [cited 2012 Dec 7]. Available from: <http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=fr&msg-id=7222>.
23. Recommandations relatives à l'aide d'urgence destinée aux personnes tenues de quitter le pays. Berne; 2007.
24. Organisation mondiale de la santé. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé [Internet]. Jul 22, 1946. Available from:  
<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
25. Wilkinson R, Marmot M, World Health Organization.;WHO Healthy Cities Project.;WHO International Centre for Health and Society. The solid facts. 2nd ed. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2003.

26. Bodenmann P, Jackson Y, Bischoff T, Vaucher P, Diserens E-A, Madrid C, et al. Précarité et déterminants sociaux de la santé: quel(s) rôle(s) pour le médecin de premier recours ? *Rev Med Suisse*. 2009; 5:845-48
27. Bodenmann P, Green AR. Disparités en santé: réalités locales et défis futurs. *Rev Med Suisse*. 2012 Nov 28;2282.
28. Smedley B, Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *Unequal Treatment Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care (with CD)*. Washington :: National Academies Press; 2009.
29. Nelson A. Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. *J Natl Med Assoc*. 2002 Aug;666–8.
30. DesMeules M, Gold J, Kazanjian A, Manuel D, Payne J, Vissandée B, et al. New approaches to immigrant health assessment. *Can J Public Health*. 2004 Jun;122–26.
31. Silove D, Steel Z, Watters C. Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *JAMA*. 2000 Aug 2;604–11.
32. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005 Apr 9;1309–14.
33. Sinnerbrink I, Silove D, Field A, Steel Z, Manicavasagar V. Compounding of premigration trauma and postmigration stress in asylum seekers. *J Psychol*. 1997 Sep;463–70.
34. Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Schreuders BA, De Jong JTVM. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *J Nerv Ment Dis*. 2004 Dec;843–51.
35. Hallas P, Hansen AR, Staehr MA, Munk-Andersen E, Jorgensen HL. Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark. *BMC Public Health*. 2007;288.
36. Sack WH, Clarke GN, Seeley J. Multiple forms of stress in Cambodian adolescent refugees. *Child Dev*. 1996 Feb;107–16.
37. Roth G, Ekblad S. A longitudinal perspective on depression and sense of coherence in a sample of mass-evacuated adults from Kosovo. *J Nerv Ment Dis*. 2006 May;378–81.
38. Ryan DA, Benson CA, Dooley BA. Psychological distress and the asylum process: a longitudinal study of forced migrants in Ireland. *J Nerv Ment Dis*. 2008 Jan;37–45.
39. Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Van der Tweel I, De Jong JTVM. Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis*. 2005 Dec;825–32.
40. Confédération Suisse. Office fédéral de la santé publique. Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes ? : les principaux résultats du "Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse". Berne: OFSP; 2007.

41. Bodenmann P, Cornuz J, Vaucher P, Ghali W, Daepfen J-B, Favrat B. A health behaviour cross-sectional study of immigrants and non-immigrants in a Swiss urban general-practice setting. *J Immigr Minor Health*. 2010 Feb;24–32.
42. Bischoff A, Schneider M, Denhaerynck K, Battegay E. Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study. *Eur J Public Health*. 2009 Jan;59–64.
43. Bodenmann P, Vaucher P, Wolff H, Favrat B, De Tribolet F, Masserey E, et al. Screening for latent tuberculosis infection among undocumented immigrants in Swiss healthcare centres; a descriptive exploratory study. *BMC Infect Dis*. 2009;34.
44. Jackson Y, Gétaz L, Wolff H, Holst M, Mauris A, Tardin A, et al. Prevalence, clinical staging and risk for blood-borne transmission of Chagas disease among Latin American migrants in Geneva, Switzerland. *PLoS Negl Trop Dis*. 2010;e592.
45. Utah Department of health. Major Diagnostic Categories (MDC) [Internet]. 2012 [cited 2012 Dec 7]. Available from: <http://health.utah.gov/oph/IBIShelp/codes/MDC.htm>
46. United Nations Statistics Division. United Nations Statistics Division- Standard Country and Area Codes Classifications (M49) [Internet]. 2012 [cited 2012 Dec 7]. Available from: <http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regnf.htm>
47. Axya. Axya Systèmes.
48. Saraga M, Moreno-Davila N, Keravec E, Clément P, Bodenmann P. Etat de santé des migrants précarisés: l'exemple de l'aide d'urgence dans le Canton de Vaud. Seismo Verlag. Croix-Rouge Suisse; 2011.
49. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2001.
50. Williams J, Association médicale mondiale. Manuel d'éthique médicale. Ferney-Voltaire France: Association médicale mondiale; 2005.
51. Weber M. Le savant et le politique. Paris: Union générale d'Éditions; 2002.
52. Nussbaum M. Capabilités : comment créer les conditions d'un monde plus juste. Paris: Flammarion; 2012.

## VIII. ANNEXES

### A. TABLES DE RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Tableau 1. Demandes traitées depuis la création du GT

Toutes les personnes impliquées						
	Total		En famille		Seul	
Hommes	303	46%	99	33%	204	67%
Femmes	185	28%	128	69%	57	31%
Enfants	168	26%	167	99%	1	1%
Total	656	100%	394	60%	262	40%
Moyenne d'âge	26.6682					
Médiane d'âge	27					
Seulement les demandes = patients						
	Total		En famille		Seul	
Hommes	253	62%	49	19%	204	81%
Femmes	137	33%	80	58%	57	42%
Enfants	21	5%	20	95%	1	5%
Total	411	100%	149	36%	262	64%
Moyenne d'âge	31.1752					
Médiane d'âge	31					

Tableau 2. Proportion de patients ayant reçu une réponse positive ou négative selon leur pays d'origine et leur situation familiale

	personnes avec décision	total		Hommes				Femmes				Enfants			
		rép. +	rép. -	seul		famille		seule		famille		seul		famille	
				rép. +	rép. -	rép. +	rép. -	rép. +	rép. -	rép. +	rép. -	rép. +	rép. -	rép. +	rép. -
<b>Afrique</b>	<b>172</b>	<b>123</b>	<b>39</b>	<b>74</b>	<b>31</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
Afrique orientale 14	30	20	7	8	4	1	0	7	2	4	1	0	0	0	0
Afrique centrale 17	63	48	11	24	8	3	0	10	3	9	0	0	0	2	0
Afrique occidentale 11	57	37	18	26	16	1	0	3	1	6	1	0	0	1	0
Afrique septentrionale 15	22	18	3	16	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Afrique australe 18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Amériques</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Asie</b>	<b>57</b>	<b>44</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
Asie centrale 143	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Asie orientale 30	7	5	2	0	1	1	0	0	1	3	0	0	0	1	0
Asie méridionale 34	12	7	3	6	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Asie du Sud-Est 35	3	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Asie occidentale 145	35	29	4	11	1	8	1	4	1	4	1	0	0	2	0
Géorgie 268	17	16	1	4	0	6	0	2	0	3	1	0	0	1	0
<b>Europe</b>	<b>104</b>	<b>94</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>42</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>1</b>
Serbie (dont Kosovo) 688	50	45	3	5	2	11	0	2	0	20	1	0	0	7	0
Bosnie-Herzégovine 70	33	30	2	4	0	9	1	2	0	15	0	0	0	0	1
<b>Océanie</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Pays inconnu</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>343</b>	<b>267</b>	<b>58</b>	<b>110</b>	<b>42</b>	<b>39</b>	<b>3</b>	<b>31</b>	<b>8</b>	<b>70</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>1</b>

Tableau 3a. Diagnostics somatiques selon les questionnaires « Critères de Vulnérabilité » classés selon les Major Diagnostics Categories (MDC)

<b>Diagnostics somatiques (n=194)</b>	<b>nombre de personnes ayant ce diagnostic rapporté</b>	<b>pourcentage par rapport au nombre de personnes avec ce questionnaire</b>
00. Pre-MDC	8	4%
01. Système nerveux	39	20%
02. Ophtalmologie	14	7%
03. ORL	8	4%
04. Système respiratoire	19	10%
05. système circulatoire	26	13%
06. système digestif	25	13%
07. Système hépatobiliaire	5	3%
08. Système musculosquelettique et tissu conjonctival	22	11%
09. Peau, tissu sous-cutané. Sein	10	5%
10. Système métabolique	26	13%
11. Néphrologie et système urinaire	9	5%
12. Appareil reproducteur mâle	5	3%
13. Appareil reproducteur femelle	2	1%
14. Grossesse, naissance péripartum	9	5%
15. Nouveau-né et néonatalogie	1	1%
16. Troubles immunologiques et hématologiques	12	6%
17. maladies myéloprolifératives	2	1%
18. Maladies infectieuses et parasitaires	31	16%
19. Maladies et troubles mentaux	141	73%
20. Consommation de drogues/alcool et/ou troubles mentaux induits	10	5%
21. Blessures, empoisonnement et effets toxiques de drogues	12	6%
22. Brûlures	0	0%
24. Polytraumatisme significatif	2	1%
25. Infection VIH	13	7%
Trouble majeur du développement (autisme, ...)	2	1%
Grossesse au moment de la demande (n=124)	11	6%



Tableau 3b. Diagnostics psychiatriques selon les questionnaires « Critères de Vulnérabilité »

diagnostics psychiatriques	nombre de personnes ayant ce diagnostic rapporté	pourcentage par rapport au nombre de personnes pour lesquelles une décision a été prise avec ce questionnaire
psychoses symptomatiques	22	11%
troubles de l'humeur grave	102	53%
troubles anxieux graves	80	41%
syndrome de stress post-traumatique	59	30%

Tableau 3c. Co-morbidités somatiques et psychiatriques selon les questionnaires « Critères de Vulnérabilité »

Co-morbidités somatiques (n=194)*		
>=2 co-morbidités	82	42%
>=3 co-morbidités	36	19%
>=4 co-morbidités	21	11%
>=5 co-morbidités	12	6%
Moyenne du nombre de co-morbidités	1.60	
*en excluant les diagnostics de 'maladies et troubles mentaux'		
Co-morbidités psychiatriques		
aucun trouble psychiatrique	50	26%
au moins 1 trouble psychiatrique	144	74%
au moins 2 troubles psychiatriques	82	42%
au moins 3 troubles psychiatriques	30	15%
au moins 4 troubles psychiatriques	7	4%
Moyenne du nombre de co-morbidités	1.36	
Co-morbidité psychiatrique et somatique	(au moins un diagnostic somatique	et au moins un diagnostic psychiatrique )
	103	53%

Tableau 4. Traumatismes vécus en Suisse et/ou au pays d'origine

<b>Traumatismes</b>		
<b>Traumatismes au pays d'origine</b>	<b>nombre de personnes ayant vécu</b>	<b>pourcentage par rapport à l'ensemble de personnes avec rapport psychiatrique</b>
viol	12	8%
torture	7	5%
maltraitance/violence	44	30%
agression	17	11%
guerre	36	24%
prison	11	7%
tentative de suicide	3	2%
autre	74	50%
au moins 1 traumatisme	106	72%
au moins 2 traumatismes	61	41%
Moyenne du nombre de traumatismes vécus	1.333	
<b>Traumatismes en Suisse</b>	<b>nombre de personnes ayant vécu</b>	<b>pourcentage par rapport à l'ensemble de personnes avec rapport psychiatrique</b>
agression	4	3%
maltraitance/violence	13	9%
viol	1	1%
torture	0	0%
prison	6	4%
tentative de suicide ou risque suicidaire important (scénario)	36	24%
autre	19	13%
au moins 1 traumatisme	61	41%
au moins 2 traumatismes	18	12%
Moyenne du nombre de traumatismes vécus	0.5	
<b>Total des traumatismes vécus (pays d'origine et Suisse)</b>	<b>nombre de personnes ayant vécu</b>	<b>pourcentage par rapport à l'ensemble de personnes avec rapport psychiatrique</b>
au moins 1 traumatisme	120	81%
au moins 2 traumatismes	85	57%
au moins 3 traumatismes	48	32%

**B. QUESTIONNAIRE « CRITÈRES DE VULNÉRABILITÉ »**

**F597 Evaluation de la vulnérabilité du patient**

Nom :

N°ODM (8 chiffres)

Prénom :

Célib.

Famille

Couple sans enfant

Date de  
naissance :

Homme

Femme

Origine de :

Au  Capacité de communiquer du patient  
préalable :

Capacité de discernement du patient

Besoins du patient

Aspirations du patient

**Les déterminants sociaux, somatiques et psychiatriques permettent de relever la présence de critères de vulnérabilité**

Déterminants  Enfants  
sociaux :

Famille

Entourage

Vécu quotidien



Besoins de proximité

.....

Remarques :

.....

.....

.....

Critères  
somatiques :

Antécédents

.....

.....

Gravité

.....

.....

Chronicité

.....

.....

Suivi

.....

.....

Polymédication

.....

.....

Pronostic

.....

.....

Mobilité / Handicap

.....

.....

Coûts du traitement

.....

.....

Grossesse et période néonatale (min. 8 semaines selon loi)

.....

Remarques :

.....

**Déterminants  
psychiatriques :**

Psychoses symptomatiques

.....  
.....

Troubles de l'humeur graves

.....  
.....

Troubles anxieux graves

.....  
.....

Syndrome de stress post-traumatique sévère

.....  
.....

**Hébergement actuel :**

Appartement individuel  
Si appartement partagé avec autres locataires,  
préciser le nombre et les liens familiaux

.....  
.....

Foyer  
 Foyer avec chambre individuel

**Besoins en matière d'hébergement :**

A proximité d'un lieu de soins

Type et lieu :

Précisez les raisons médicales :

.....  
.....

Logement en appartement individuel

Région :

Précisez les raisons médicales :

.....  
.....

Chambre partagée en foyer EVAM

Lieu :

Précisez les raisons médicales :

.....  
.....

Chambre individuelle en foyer EVAM

Lieu :

Précisez les raisons médicales :

.....  
.....

Ascenseur (pas d'escaliers)

Précisez les raisons médicales :

.....  
.....

Remarques :

.....  
.....  
.....

Lieu :

.....

Date :

.....

Signature :

.....

Médecin

(timbre):

.....

#### Instructions d'envoi

Le présent formulaire, accompagné du rapport médical détaillé, doit être transmis sous enveloppe fermée avec la mention :

**confidentiel à transmettre à la PMU, à l'attention du groupe critères de vulnérabilité, concerne : nom, prénom et N° ODM du patient (8 chiffres)**

et cette enveloppe fermée doit être adressée à :

**Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM)  
Gestion des places  
Avenue de Sévelin 40  
1004 Lausanne**

**C. CHAPITRE DU LIVRE DE LA CROIX ROUGE**

En document joint

**D. ARTICLE POUR LA REVUE MEDICALE SUISSE**

En document joint

## IX. REMERCIEMENTS

Dr. Patrick Bodenmann, pour ses conseils, sa disponibilité et son rôle de tuteur

Dr. Michael Saraga, pour ses conseils, sa disponibilité et son rôle d'expert

Sylvie Addor, Claudia Cardoso, Nezha El Ouazari, Lionel Girardin, Sarah Gisler et Roland Rimez pour leur contribution à la réalisation de ce travail

Ceux qui m'ont aidée pour l'utilisation des outils informatiques

Ceux qui ont pris du temps pour une relecture attentive de ce travail



### **Mamadou Barry, Côte d'Ivoire**

Avant je travaillais; j'avais mon livret postal bien rempli, tout était organisé. Je suis capable de faire plein de choses, mais je n'en ai pas le droit. L'aide d'urgence, c'est fait pour nous enfermer: libérez-nous !

### **Abu Ernest, Malawi**

Depuis que je suis en Suisse je n'ai vécu que dans un abri de protection civile. L'air manque, je ne peux pas respirer. Je voudrais rentrer chez moi mais la Suisse m'a refusé l'aide au retour car j'ai un casier.

Sélection de portraits figurant dans le rapport d'activité 2010 de l'EVAM

<http://www.evam.ch/galerie/portraits-2011/>



### **Sara Hoseyni, Afghanistan**

C'est difficile de vivre en foyer. On ne se comprend pas bien, on doit tout partager, même les toilettes. Ça fait plus d'une année. J'en ai marre.



### **Saba Tesfemarian, Erythrée**

Je suis les cours de français et fais des traductions pour l'EVAM, de l'anglais vers le tigrinya, l'amharique et l'arabe. Je participe aussi aux nettoyages.

### **Shawn Wakida, Ouganda**

L'aide d'urgence c'est un système fait pour compliquer la vie des personnes pour qu'elles quittent la Suisse, et pourtant nous restons, mais c'est difficile. La pression des courriers réguliers de l'Office fédéral des migrations me stresse, m'empêche de dormir.

### **Fatmir Krasniqi, Albanie**

L'aide d'urgence, c'est mieux que rien, mieux que la rue, la clandestinité ou le renvoi dans mon pays. Je n'ai pas de chance, mais j'ai la chance d'être en vie. L'aide d'urgence, c'est faire des efforts.