



Durcissement des lois sociales et santé des migrants forcés

Rev Med Suisse 2008; 4: 2563-8

P. Bodenmann
E.-A. Diserens
I. Marguerat-Bouché
A. Elghezouani
C. Pasche
F. Puig
M. Vannotti

Hardening of social laws and forced migrants health

Limited access to care due to the new laws and to the patient's state of deprivation can prevent the physician from fulfilling his main duty: to respect principals of medical ethics, and to make the patient feels better without causing harm. In which case, the doctor could become an accomplice of the patient's state of deprivation.

A local interdisciplinary working group defined medical criteria for asylum seekers in the Canton of Vaud which justifies health insurance coverage and/or accommodation adapted to the patient's state of health.

The hardening of laws contributes to increase the anxiety of uncertainty and social stigmatization. Such sufferings open onto devastating health problems, particularly concerning mental health.

La précarisation de l'accès au système de soins peut mettre à mal le premier mandat du médecin qui est, en respectant les principes de l'éthique médicale, de soulager la souffrance et de ne pas nuire, ce qui serait le cas s'il devenait complice de cette précarisation.

Un groupe de travail interdisciplinaire s'est fixé pour objectif de définir les critères médicaux – pour les patients requérants déboutés de l'asile du canton de Vaud – qui justifient le maintien de l'affiliation à l'assurance maladie et/ou le maintien dans un logement adapté à leur état de santé.

Le durcissement des lois ne fait qu'augmenter l'anxiété de l'incertitude et la stigmatisation sociale. De telles souffrances débouchent sur des atteintes majeures de la santé, en particulier de la santé mentale.

CONTEXTE POLITICO-JURIDIQUE

Depuis le 1^{er} janvier 2008, le durcissement de la Loi sur l'Asile (LAsi), votée le 24 septembre 2006, est effectif dans le canton de Vaud. Ainsi, parmi les 3800 requérants d'asile du canton, 800 personnes déboutées de l'asile ne bénéficient plus depuis cette date de l'aide sociale mais d'une *aide d'urgence*, soit une

aide limitée au minimum vital au sens de l'article 12 de la Constitution fédérale (et articles 33 et 34 de la Constitution cantonale vaudoise). Aux termes de cette disposition constitutionnelle, quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine. L'aide d'urgence, régie par le droit cantonal, a pour but implicite de décourager certains requérants d'asile à rester en Suisse. Elle implique un changement de *logement* (transfert dans des lieux d'hébergement collectifs) et une restriction de l'accès au système de *soins* (soins d'urgence exclusivement, désaffiliation ou non-affiliation à l'assurance maladie). Une telle différenciation du régime de l'aide sociale (aide d'urgence en lieu et place de l'aide sociale) en fonction du statut de séjour est admise par la jurisprudence suisse: le Tribunal fédéral a précisé dans un arrêt du 18 mars 2005 qu'*un traitement différencié de l'aide sociale n'est pas critiquable, le statut de la résidence constituant un fondement raisonnable et important pour des distinctions adéquates. Une inégalité de traitement se justifie notamment lorsqu'elle est liée au fait que le titre de séjour vise l'intégration ou non*.

POSITION ÉTHIQUE ET HUMANISTE DU SOIGNANT

Le médecin dans sa pratique doit «jongler» entre les souffrances bien réelles des uns, les cadres légaux décidés par d'autres et les conventions internationales signées par le pays où il pratique, tout en respectant son code de déontologie, sans être dupe des errements des uns et des autres.¹

L'alinéa 1 de l'article 25 de la «Déclaration universelle des droits de l'homme» dont le 60^e anniversaire sera célébré le 10 décembre prochain précise que *«toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de*



sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.²

Bien que le médecin ne soit pas au-dessus des lois démocratiquement votées, la dureté de certaines de ces lois et le fait qu'elles soient proches d'une transgression des droits fondamentaux de l'être humain entraînent chez lui un véritable cas de conscience...³

HISTOIRE

Originaire du Niger, Madame M. est âgée de 30 ans. Elle a subi la torture puis un viol lors d'un conflit opposant des groupes ethniques de son pays. Madame M. demande l'asile politique à la Suisse fin 2002. Une interruption volontaire de grossesse marque d'un nouveau sceau traumatique son arrivée dans la terre d'accueil. En 2004, elle donne naissance à un fils: le statut de mère lui donne l'opportunité de vivre dans une chambre individuelle d'un foyer collectif. En 2006, elle consulte son médecin traitant pour des palpitations liées à des attaques de panique. Débutée de l'asile depuis janvier 2008, elle présente dès lors un état dépressif sévère avec des idées suicidaires, des crises d'angoisses et des violences à l'égard de son fils qu'elle n'est plus en mesure d'assumer.

RÉPONSE CANTONALE

L'application de la Loi sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers (LARA) peut être quelque peu «adoucie» dans le canton de Vaud si le requérant débouté de l'asile est considéré comme une «personne particulièrement vulnérable». D'une façon générale, les personnes vulnérables sont celles pour qui l'autonomie, la dignité et/ou l'intégrité sont menacées; la situation d'un être vulnérable est un appel éthique à la communauté et aux soignants, à la responsabilité, et à des comportements de soins et de protection.⁴

Un groupe composé de médecins, juristes et éthiciens de la Polyclinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne et du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) s'est attaché à définir des critères dits de «vulnérabilité» permettant le maintien de conditions d'hébergement et/ou d'accès aux soins sans entrave pour les plus vulnérables parmi les personnes déboutées de l'asile dans le canton de Vaud. Déterminer parmi les déboutés lesquels sont vulnérables et lesquels ne le sont pas est une mission délicate.

VULNÉRABILITÉ : QUELS CRITÈRES ?

Le groupe s'est fixé pour objectif de définir, dans le respect des principes de l'éthique médicale et des fondements juridiques, les critères médicaux qui justifient le maintien de l'affiliation ou une réaffiliation à l'assurance maladie, et le maintien ou le transfert dans un type de logement adap-

té à leur état de santé (en lieu et place du logement de base défini par les standards de l'aide d'urgence).

Pour statuer, il a été au préalable exigé :

- qu'une communication adéquate puisse être établie avec le patient, si nécessaire avec l'aide d'un traducteur ou d'un interprète communautaire.
- D'évaluer la capacité de discernement, les besoins du patient mais aussi ses aspirations.
- De connaître certains des déterminants sociaux de la santé en particulier la présence éventuelle d'enfants ou d'une famille, la structure de l'entourage existant, le vécu quotidien et les besoins de proximité.

Cette démarche s'est largement inspiré des déterminants sociaux de la santé tels que définis par Marmot et Wilkinson dans leur document de référence de l'Organisation mondiale de la santé en 2003.⁵

Le groupe a retenu parmi les critères somatiques de vulnérabilité :

- les antécédents personnels.
- La gravité de l'atteinte, sa chronicité, le suivi nécessaire.
- L'existence d'une polymédication.
- Le pronostic.
- Les difficultés de mobilité ou autres handicaps.
- La grossesse ainsi que la période néonatale.

Certains diagnostics psychiatriques ont été considérés comme marqueurs d'une importante vulnérabilité, dans la mesure où ils menacent la capacité d'autonomie :

- les psychoses symptomatiques, les troubles de l'humeur graves (troubles dépressifs importants, troubles bipolaires), les troubles anxieux et le syndrome de stress post-traumatique sévère.

Finalement, parmi les critères justifiant notamment une affiliation ou une réaffiliation à l'assurance maladie, les coûts du traitement ont été retenus.

D'un point de vue opérationnel, chacun des 185 médecins de premiers recours du réseau de santé FARMED pour les soins aux requérants d'asile du canton de Vaud remplit un document «Critères de vulnérabilité» (figure 1) et le fait

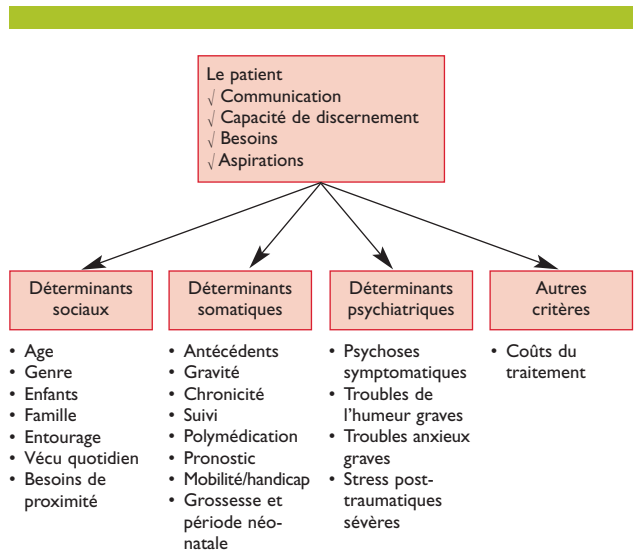


Figure 1. Représentation graphique du document «critères de vulnérabilité»



parvenir au groupe de travail PMU/CHUV. Celui-ci donne alors un préavis – sur la base des éléments médicaux – à l'EVAM (Etablissement vaudois d'accueil des migrants), établissement public responsable de l'hébergement et de l'assistance sociale aux migrants, qui prend la décision finale d'attribution.

SUIVI

Depuis le 1^{er} janvier 2008, le groupe de travail a reçu 151 dossiers de déboutés et/ou de leur famille, soit 248 personnes parmi les 800 requérants déboutés de l'asile depuis le début de l'année dans le canton de Vaud.

Concernant les données *sociodémographiques*, parmi les 151 dossiers traités, 57% concernent des hommes, 27% sont des ressortissants de l'Afrique centrale, 26% d'ex-Yougoslavie et des pays balkaniques, 11% de l'Afrique de l'Est et 8% de l'Afrique de l'Ouest. L'âge moyen est de 35 ans, les trois quarts des patients ont entre 19 et 49 ans.

L'analyse de la *durée de séjour* montre que 45% d'entre eux sont en Suisse depuis une période allant de six à dix ans, et 30% depuis deux à cinq ans (figure 2).

En termes de *structure familiale*, 72% des personnes sont célibataires, 21% sont mariées et 7% sont veuves; un quart de ces personnes ont des enfants, soit dix-huit enfants qui ont moins de six ans, onze enfants entre sept et douze ans et quinze enfants entre treize et dix-huit ans. Ces 44 en-

fants mineurs à l'aide d'urgence dans le canton de Vaud sont régulièrement malades.

Les *pathologies somatiques* observées montrent que, sur l'ensemble des situations traitées, 59% souffrent au moins d'une pathologie somatique; les plus fréquentes sont des atteintes de type ostéo-articulaire (18%), digestive (16%), circulatoire (13%), métabolique (13%) et infectieuse (11%).

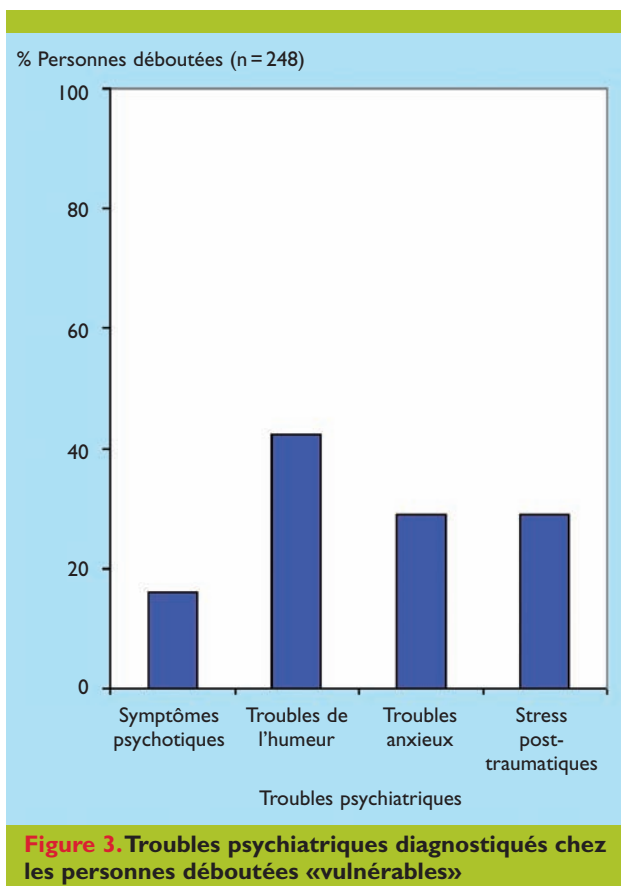
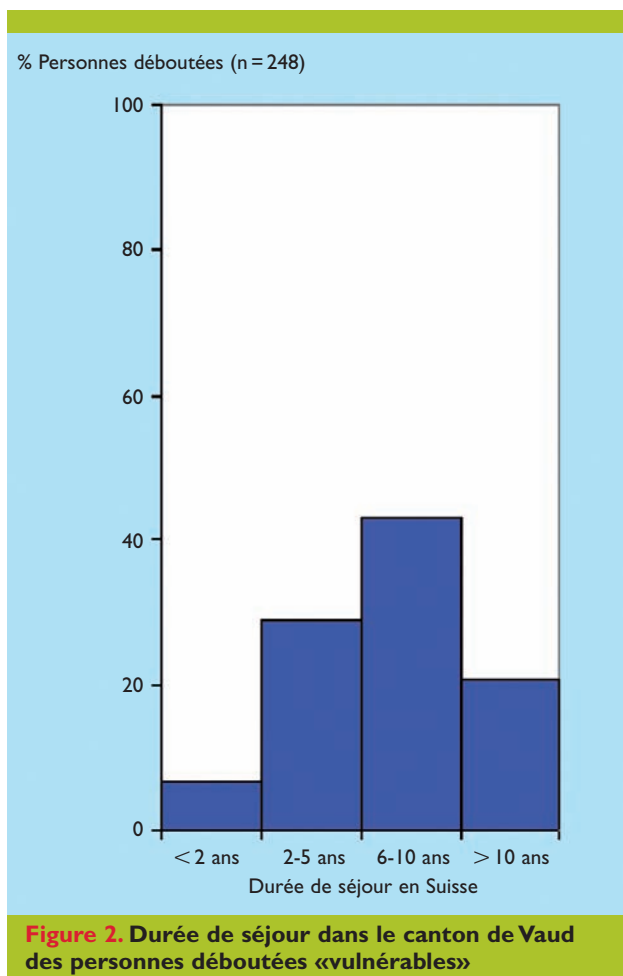
Pour ce qui est des *pathologies psychiatriques* sur l'ensemble des situations traitées, 70% ont au moins une pathologie psychiatrique (figure 3). Ainsi, un patient sur deux présente un trouble de l'humeur, un patient sur trois un trouble anxieux, un sur trois un syndrome de stress post-traumatique (PTSD) sévère et un sur six une psychose symptomatique. Finalement, les pathologies somatiques et les pathologies psychiatriques se superposent chez 30% de ces patients.

DISCUSSION

Cadre juridique questionnable

En termes juridiques, il semble important de préciser que, bien que le Tribunal fédéral ait avalisé une différenciation du régime de l'aide sociale en fonction du statut de séjour, différentes organisations non gouvernementales (ONG) se sont positionnées fermement au cours des derniers mois, exigeant l'affiliation à l'assurance maladie obligatoire de toutes les catégories de requérants, y compris ceux qui ont été déboutés de l'asile.⁶⁻⁸

La Direction de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a par ailleurs confirmé la position de ces ONG.⁹ On





peut en effet légitimement contester une telle vision de la personne humaine et de ses besoins fondamentaux.

Retour à l'histoire de Madame M.

Il s'agit d'une situation illustrative des conditions de vulnérabilité des personnes déboutées: des palpitations sont, dans cette situation, l'expression d'une souffrance psychologique. L'état post-traumatique après la torture et le viol se réactive face à la menace d'être à nouveau exposée à ses bourreaux si elle devait être renvoyée dans son pays. Sa détresse psychologique diminue sensiblement sa compétence parentale et met en danger le développement de l'enfant dont elle a la charge. Enfin, les conditions précaires de logement et la limitation de l'accès aux soins ne peuvent que compromettre l'évolution de la mère et de l'enfant. Pour elle, comme pour tant d'autres, le devoir du médecin ne peut se limiter à traiter les symptômes et les signes: il doit encore se battre pour que lui soient garanties des conditions d'existence suffisamment sûres.

Conditions postmigratoires

Les migrants forcés, en particulier les requérants d'asile, de par leur parcours migratoire et les expériences traumatiques vécues en amont, se retrouvent en Suisse dans une situation d'incertitude et de vulnérabilité. A la merci de décisions politiques, ils souffrent de stigmatisation et d'isolement, de conditions d'habitat précaires et de difficultés d'accès aux soins.^{10,11}

L'impact de mesures coercitives sur la santé mentale des migrants forcés est bien connu.¹² Cette nouvelle mesure de durcissement augmentera l'anxiété liée à l'incertitude et la stigmatisation sociale. Il n'est pas rare que de telles souffrances chroniques débouchent sur des atteintes de la santé mentale, figeant ainsi plusieurs tableaux psychiatriques.¹³ La durée de la procédure d'asile et la lourdeur des démarches administratives constituent des facteurs de risque indépendants pour la santé mentale.¹⁴⁻¹⁶

Prévalence des atteintes psychiatriques

Il n'y a pas de consensus sur la prévalence des maladies mentales chez les migrants forcés;¹⁷ il en ressort cependant qu'elle va notamment varier en fonction du degré de ressemblance ou de différence entre le pays d'origine et le pays «hôte» en termes de repères socioculturels: lorsque les pays sont semblables, la fréquence des maladies mentales telles que la schizophrénie est plus basse dans la population migrante que chez la population hôte. Par contre, lorsque les pays sont très différents, les patients migrants sont plus affectés que les autochtones.¹⁸ Dans le collectif des déboutés vaudois, il est frappant de constater la très haute prévalence des diagnostics psychiatriques; nous émettons des hypothèses:

- des personnalités, souvent déjà fortement ébranlées par des traumatismes divers au pays, se retrouvent dans notre pays dans une situation de grande incertitude. La migration est ainsi englobée dans une série de *traumatismes séquentiels* pouvant fortement et parfois définitivement fragiliser une personnalité.
- La vulnérabilité constitue un facteur de risque important pour des abus de substances, voire le développement de

dépendances, influençant à leur tour l'équilibre psychique. En effet, certaines de ces substances peuvent favoriser l'apparition d'une symptomatologie jusque-là compensée ou infraclinique.¹⁹

Ainsi, nous nous trouvons face à des facteurs contribuant directement ou indirectement à un ébranlement psychique visant à se chroniciser.

Situation inquiétante des enfants

L'existence d'enfants mineurs à charge de migrants précaires interpelle le médecin sur la responsabilité qu'il a de prendre en compte les capacités parentales de ses patients. Les enfants sont touchés par l'exclusion et par les limitations imposées aux adultes qui en ont la charge morale et matérielle. Ces enfants ne sont-ils pas confrontés dès lors à un double risque de vulnérabilité de par des compétences parentales «entamées» mais aussi de par des conditions environnementales défavorables à un développement harmonieux?^{20,21}

Plaidoyer pour les intérêts premiers des patients

La tâche première du médecin est le soin et l'accompagnement du patient. Il considère que celui qui se confie à lui a droit au respect de son humanité, de son intégrité, à sa liberté. Le médecin considère le patient inséré dans son contexte familial et social. Il a pour devoir de prendre en compte non seulement les maladies physiques, mais encore de veiller à ce que les conditions d'existence des patients soient humaines, dans le respect de leur dignité. Les Anglo-Saxons appellent cela «advocacy», c'est-à-dire le souci de devenir l'avocat des intérêts premiers de ses patients. Honnêteté, responsabilité et empathie sont à la base de l'engagement des médecins à l'égard de leurs patients les plus vulnérables. A cette mission éthique de se soucier de l'autre s'oppose un appareil juridique limitant le «droit d'avoir des droits» de certaines catégories d'humains. ■

Remerciements

M^{mes} C. Schaffner, V. Allasia Sheqiri, E. Revaz (Centre hospitalier universitaire vaudois – CHUV), S. Kunz, C. Cardoso (Policlinique médicale universitaire), aux Drs S. Renteria (Département de gynécologie et obstétrique – CHUV), M. Gehri (Hôpital de l'enfance de Lausanne – CHUV), et aux Prs J. Besson (Psychiatrie communautaire – CHUV) et L. Benaroyo (Institut d'histoire de la médecine) pour leur participation à l'élaboration des critères de «vulnérabilité».

Implications pratiques

- Dans sa pratique quotidienne, le médecin se doit de jongler entre les souffrances bien réelles des migrants forcés, les cadres légaux du pays «hôte» et les conventions internationales, tout en respectant son code de déontologie
- Les conditions du cadre postmigratoire peuvent contribuer à la péjoration de l'état de santé déjà précaire de la plupart des requérants déboutés de l'asile à leur arrivée en Suisse
- L'impact de mesures coercitives se traduit notamment par une prévalence très importante de pathologies psychiatriques chez cette population particulièrement vulnérable



Adresses

Drs Patrick Bodenmann, Christophe Pasche,
Isabelle Marguerat-Bouché et Marco Vannotti
Francisco Puig, infirmier
Centre de santé infirmier (CSI)
Esther-Amélie Diserens, psychologue
PMU, 1011 Lausanne
Patrick.Bodenmann@hospvd.ch
Christophe.Pasche@hospvd.ch
Isabelle.Marguerat@chuv.ch
Marco.Vannotti@hospvd.ch
Francisco.Puig@hospvd.ch
Esther-Amelie.Diserens@hospvd.ch

Abdelhak Elghezouani
Appartenances
Association pluriculturelle
Rue des Terreaux 10, 1003 Lausanne
Aelghezouani@hotmail.com

Bibliographie

- 1 Bodenmann P, Vannotti M. Migrants forcés et menaces sur la santé. *Bull Med Suisses* 2006;87:2087-8.
- 2 Organisation des Nations Unies. Déclaration universelle des droits de l'homme, article 25. Genève, 1948.
- 3 Bodenmann P. Vulnérables parmi les vulnérables. *24 Heures*, 22.12.2007.
- 4 * Benaroyo L, Vannotti M. Perspective éthique. In: Vannotti M. *Le métier de médecin*. Genève: Ed. Médecine & Hygiène 2006;183-6.
- 5 ** Marmot M, Wilkinson R. ed. *The Solid facts*, 2nd ed. Copenhagen: World health organisation regional office for Europe. 2003.
- 6 Aubert L. Les requérants doivent rester assurés selon SOS racisme. *24 Heures*, 06.03.2008.
- 7 Lo Verso F. Requérants privés de soins: Confédération et cantons hors-la-loi. *Le Courrier*, 06.03.2008.
- 8 Jacolet T. La nouvelle précarité des déboutés. *La Liberté*, 19.03.2008.
- 9 Arsever S. Suisse-Droit aux soins des requérants déboutés: Berne parle de deux voix. *Le Temps*, 15.04.2008.
- 10 Laban CJ, Gernaat HN, Komproe IH, Van der Tweel I, De Jong J. Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:825-32.
- 11 Ryan D, Benson C, Dooley B. Psychological distress and the asylum process. A longitudinal study of forced migrants in Ireland. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:37-45.
- 12 Silove D, Steel Z, Mollica RM. Detention of asylum seekers: Assault on health, human rights, and social development. *Lancet* 2001;357:1436-7.
- 13 ** Silove D, Steel Z, Watters C. Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *JAMA* 2000;284:604-11.
- 14 Laban C, Gernaat H, Komproe I, Schreuders B, De Jong J. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:843-51.
- 15 Hallas P, Hansen A, Staehr M, Munk-Andersen E, Jorgensen H. Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: A retrospective study from Denmark. *BMC Public Health* 2007;288:7-288.
- 16 Hauswirth M, Momeini-Canellini A, Bennoun N. Un improbable refuge. Les répercussions sur la santé mentale des procédés en matière d'asile. *Psychothérapies* 2004;4:215-22.
- 17 * Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet* 2005;365:1309-14.
- 18 Kinzie J. Immigrants and refugees: The psychiatric perspective. *Transcult Psychiatry* 2006;43:577-91.
- 19 Barnett J, Werners U, et al. Substance use in a population-based clinic sample of people with first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*. 2007;190:515-20.
- 20 Heptinstall E, Sethna V, Taylor E. PTSD and depression in refugee children associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13:373-80.
- 21 Gracey M. Caring for the health and medical and emotional needs of children of migrants and asylum seekers. *Acta Paediatr* 2004;93:1423-6.

* à lire

** à lire absolument