

Going Home

Aide au retour : un changement de perspective

Editorial de janvier 2021

Chères lectrices, chers lecteurs

Nous avons décidé d'aborder la thématique médicale en lien avec le retour bien avant que nous ne subissions les premières conséquences du coronavirus sur notre travail. La pertinence de cet angle d'approche n'en est à notre sens que renforcée. L'impact de la pandémie sur le travail de conseil en vue du retour est en effet significatif. Les défis rencontrés lors de la rédaction du présent ouvrage l'illustrent bien. Nous rencontrions notamment des représentants d'Unisanté à Lausanne lorsque la première vague commençait à s'intensifier, qui nous ont accordé du temps entre deux séances de crise. Dès lors, nous avons été témoins de la fantastique mobilisation du personnel de santé dans le cadre de cette crise sanitaire. Nous avons également plusieurs fois adapté aussi bien le contenu que le calendrier de cette édition, conscients que les priorités étaient ailleurs, aussi bien pour les médecins, à qui nous avons prévu de donner plus amplement la parole, que dans le domaine de l'aide au retour. A titre d'exemple, nos collègues à Genève ont, en plus de leur travail habituel, été impliqués dans la distribution d'aide financière d'urgence aux personnes vulnérables. Ils ont malgré tout accepté de contribuer à cette édition.

Nous avons donc veillé, dans le premier article de cette newsletter, à parler concrètement des conséquences du coronavirus sur l'organisation de retours volontaires. Néanmoins, la thématique médicale était essentielle à notre travail déjà bien avant la crise sanitaire. Les statistiques présentées démontrent une tendance à la hausse des retours de personnes atteintes de problèmes de santé ces dernières années. Nous présentons ensuite les différentes démarches à suivre dans le cadre de l'organisation des retours nécessitant des vérifications médicales. Puis, nous abordons la collaboration entre les bureaux de conseil en vue du retour et le personnel médical, essentielle au bon fonctionnement de nos procédures, par le biais de deux contributions cantonales.

Ensuite, nous donnons la parole à l'une de nos bénéficiaires, par le biais de sa fille, qui l'a accompagnée durant son retour volontaire vers l'Ethiopie, en compagnie d'un docteur. Puis, nous abordons la thématique des retours de personnes souffrant de troubles psychiques, tout d'abord d'un point de vue théorique, puis en se focalisant sur deux illustrations concrètes de séances de conseil.

Enfin, nous concluons par un entretien avec la section d'Unisanté spécialisée dans les soins pour les populations migrantes. Dans cet échange très riche à nos yeux, il est notamment question de représentations culturelles, de modèles explicatifs de la maladie et de défis liés à la communication.

Nous vous souhaitons une agréable lecture et en profitons pour vous remercier pour l'excellente collaboration, aussi dans ce contexte si particulier, tout en vous souhaitant une excellente année 2021, que nous espérons bien meilleure que la précédente.

Pier Rossi-Longhi, Chef de Mission OIM Berne

Contenu

1. Dossier : Problèmes médicaux

- Retour volontaire et réintégration face aux défis du COVID-19
- Retours médicaux et programme SIM - statistiques, tendance et analyse 2018 -2020
- Retour des personnes présentant des problèmes médicaux : la pratique de l'OIM

2. Écho des CVR

- Impressions du Tessin
- Impressions de Genève - Le défi géorgien

3. Le point de vue d'une bénéficiaire

4. Retours de personnes ayant des troubles psychiques

- Facteurs psychiatriques
- Récit d'Argovie
- Écho de Zurich

5. Entretien avec Unisanté



Going Home

Aide au retour : un changement de perspective

1. Thème principal : Problèmes médicaux

Retour volontaire et réintégration face aux défis du COVID-19

Sylvie Heuschmann et Paul Marquardt, OIM Berne

L'organisation d'un retour volontaire pose de gros problèmes depuis l'éclatement de la pandémie, tant en Suisse que dans les pays d'origine des bénéficiaires.

Pendant plusieurs mois, il n'a pratiquement plus été possible d'organiser des vols. L'Organisation internationale pour les migrations (OIM) a entrepris tout ce qui était possible afin de trouver des solutions. La pression sur les services-conseils en vue du retour et le Secrétariat d'État aux migrations (SEM) a parfois été forte, des personnes ayant dû attendre plusieurs mois avant de pouvoir retourner dans leur pays. L'OIM a été en permanence en contact avec les autres bureaux européens afin de convenir d'éventuels vols charters communs. Lorsqu'aucun vol commercial n'était disponible, elle s'est efforcée de réserver des places à bord d'avions affrétés par des pays pour permettre aux personnes bloquées à l'étranger de retourner chez elles. Malgré la fermeture des frontières et l'absence de vols commerciaux, elle a pu organiser de cette façon des retours vers la Géorgie, la Colombie, le Salvador et la Mongolie, entre autres.

Désormais, il faut également tenir compte, lors de chaque retour, de la situation dans le pays de transit et le pays d'origine ainsi que des règlements propres à chaque compagnie aérienne. En effet, certains pays de transit ou de destination exigent des tests de dépistage du COVID-19, dont les résultats doivent parfois être présentés en anglais. Et pour certaines destinations, il faut s'enregistrer en ligne au moyen d'applications ou de portails spécifiques avant d'entrer dans le pays. Il est autrement impossible d'embarquer. Comme les conditions d'entrée changent constamment, l'OIM s'appuie sur les informations de première main que nous recevons de nos bureaux. Les changements de réservation et les annulations de vol font partie depuis des mois

de notre travail quotidien. L'OIM, le SEM, les cantons et tous les autres services concernés doivent donc veiller à ce que les personnes inscrites pour un retour soient informées en temps utile des changements afin que les tests de dépistage du COVID-19 puissent être reportés et les nouvelles dates d'arrivée coordonnées avec les bureaux de l'OIM compétents dans les pays de transit et de destination.

De même, la réintégration dans le pays d'origine a été affectée par la pandémie. Immédiatement après le retour s'est souvent posée la question de savoir qui assumerait les frais liés au test de dépistage et à la quarantaine. Heureusement, une solution a pu être trouvée rapidement avec le concours du SEM.

La pandémie a souvent entraîné des retards lors du versement de l'aide à la réintégration. Il est ainsi arrivé que des migrant-es connaissent des difficultés financières et des solutions ad hoc (versement en liquide d'une partie de l'aide, par ex.) ont dû être trouvées afin que les intéressé-es puissent couvrir leurs frais courants. Dans certains pays, les mesures de confinement ont également compliqué les démarches en vue d'obtenir des documents nécessaires pour le projet de réintégration ainsi que la prise de contact avec le personnel de l'OIM.



Retour d'un couple vers l'Irak, accompagné par un médecin.

Enfin, dans les pays dans lesquels l'OIM propose des activités de formation pour les bénéficiaires ayant résidé en Suisse, celles-ci ont souvent dû être annulées et le suivi de la réintégration a dû se faire par téléphone. Là où ces formations ont pu être dispensées (en Afghanistan ou au Nigéria,

Going Home

Aide au retour : un changement de perspective

par ex.), il a fallu prendre des mesures de sécurité supplémentaires (port du masque obligatoire, mise à disposition de désinfectant, choix de salles de cours suffisamment grandes pour pouvoir respecter la distance minimale exigée, etc.).

En 2021, les mandats (médicaux) de réintégration seront sans doute également utilisés plus souvent pour couvrir les frais liés au COVID-19.

En dépit de ces contraintes, l'OIM s'efforce, jour après jour, de trouver la meilleure solution possible pour soutenir les bénéficiaires.

Retours médicaux et programme SIM - statistiques, tendance et analyse 2018-2020

Rahul Combernous, OIM Berne

L'OIM Berne soutient la Confédération et les Cantons depuis 2003 via le programme SIM pour l'organisation du transport de personnes vulnérables retournant volontairement dans leur pays. L'augmentation observée de cas requérant l'évaluation d'un dossier médical, via un Assessment of Travel Fitness (ATF), mérite que nous consacrons un coup d'œil à ce thème.

2019 – année exceptionnelle (aussi !)

L'année 2019 est d'intérêt particulier, à plus d'un titre. D'une part, les départs SIM ont représenté 32.6% de tous les départs volontaires depuis la Suisse, ce qui représente une augmentation notable en comparaison des périodes précédentes où le taux était plutôt entre 20 et 25%. D'autre part, le nombre de départs avec SIM a augmenté de 36.4% (total : 461 personnes) par rapport à l'année précédente. L'augmentation des cas vulnérables se confirme par le nombre de cas médicaux, qui représentait 46% de toutes les demandes de vol SIM. A ce sujet, nous relevons que le nombre d'ATF reçus a atteint le nombre record de 237 - cela représente un ATF par jour ouvrable en moyenne, et une augmentation de 54.9% entre 2018 et 2019.

En termes de départs où un accompagnement était organisé par l'OIM, il y en a eu 65 (chaque 3.7 jours ouvrables en moyenne), et la proportion d'accompagnements médicaux par rapport au

nombre de dossiers médicaux analysés est restée stable entre 2018 et 2019, à environ 27.5%. Nous relevons aussi un nombre marquant d'évaluations ne se soldant pas par un départ (47 cas, soit 10% de plus qu'en 2018). Ainsi, 44 personnes présentant des problèmes médicaux ne sont finalement pas parties pour les raisons suivantes: disparition / no-show, changement d'avis, aggravation de l'état de santé ou décès. Seulement trois personnes ont été déclarées inaptes à voyager par l'OIM.

Constats provisoires 2020

Entre avril et juillet, pratiquement aucun vol n'a eu lieu en raison de la pandémie de COVID-19. De nombreuses restrictions de vol et d'entrée sont encore en cours fin 2020. Toutefois, les chiffres de la mi-novembre révèlent que l'OIM Berne a évalué 130 dossiers médicaux et assuré 86 départs de personnes médicalement vulnérables, dont 18 accompagnés. Nous constatons une légère baisse de la proportion de cas médicaux sur le total, et pouvons spéculer que les facteurs de risque / comorbidités Covid-19 ont motivé certains candidats à décaler ou renoncer à leur retour.

Consolidation des statistiques médicales

Nous avons amélioré notre vision statistique en adoptant 10 catégories médicales et 33 sous-catégories. Ainsi, retenons qu'en 2019, l'OIM a évalué 44% de dossiers psychiatriques, dont plus du tiers traitent de toxicomanie ; 11% de dossiers cardio-vasculaires et autant de conditions chroniques, surtout de diabète ; 8.5% de dossiers oncologiques, et 7.5% de cas de handicap physique. Les catégories restantes, soit neurologie, problèmes respiratoires, maladies communicables, hématologie et grossesse représentent, combinées, 18%. Pour 2020, nous constatons provisoirement que les dossiers psychiatriques (toutes catégories) représentent 30% du total des demandes (contre 47% en 2018 et 44% en 2019).

Départs accompagnés

L'OIM organise des accompagnements (ou «escortes») pour les personnes particulièrement vulnérables, notamment sur le plan médical. Cela a été le cas vers 24 pays en 2019, pour les pathologies suivantes: toxicomanie (38%); dépression (29%);

Going Home

Aide au retour : un changement de perspective

problèmes cardiovasculaires (27%); oncologie (24%); diabète (20%). Pour les recommandations d'escorte, 55% des cas d'oncologie en faisaient l'objet, la psychiatrie à 51%, et la neurologie à 40%. Ces cas n'ont pas tous débouché sur un départ ; par exemple, 12 de ces départs accompagnés ont été annulés. En 2020, 50% des escortes accompagnaient des cas de psychiatrie, vers neuf pays différents.



Cours de formation pour les bénéficiaires en Afghanistan

Pays d'intérêt

En 2019, la Géorgie domine toujours les statistiques médicales. Le pays regroupe 30% des demandes d'évaluation et est la destination de 39% des escortes. Le Sri Lanka ne représente que 8.5% des ATF mais suit avec 19% des escortes. Pays suivant, l'Algérie, avec 6% des ATF, n'a toutefois eu aucun départ escorté. Pour tous les cas médicaux soumis pour la Somalie et l'Afghanistan, une escorte était recommandée, mais seuls quatre cas sur 22 ont pu être menés à bien vers ces deux pays. En 2020, la Géorgie représente toujours 30% des ATF, suivie par le Nigéria et l'Afghanistan avec moins de 5%. La région Asie, particulièrement le Sri Lanka, est fortement sous-représentée en 2020.

Particularités et adaptation

Rappelons que l'OIM Berne est entièrement tributaire de l'unité médicale de l'OIM (Migrant Health Division - MHD) pour l'évaluation des ATF et les recommandations de vol. Nos médecins spécialisés en médecine aéronautique représentent l'engagement de l'OIM à assurer un transport sans

danger, ce qui dans le cadre du programme SIM est un objectif atteint.

Si les statistiques nous permettent d'adapter nos opérations, l'aspect qualitatif domine. Ainsi, nous devons parler de probabilité plutôt que de correspondance entre les pathologies et les conclusions médicales. Chaque cas est évalué individuellement, alors si pour certains cas (patients alités, sous perfusion ou assistance respiratoire ; instabilité psychiatrique ; handicaps moteurs, etc.), les conclusions peuvent sembler évidentes, les recommandations de vol varient énormément selon les cas. En tant que facteur pouvant influencer l'état des personnes malades, la longueur du voyage ou du transit, le cas échéant, jouent un rôle important dans ces décisions. Soulignons aussi l'importance des vérifications quant à l'environnement post-retour (continuité et disponibilité des soins, de l'encadrement, des médicaments, etc.) qui sont une condition sine qua non pour un retour médical avec SIM. Ces divers points seront abordés plus en détail dans les articles suivants.

La progression des cas dits « graves » a nécessité l'adoption de mécanismes uniformisés pour maintenir l'efficacité opérationnelle et délivrer un soutien adapté aux migrantes en situation de vulnérabilité médicale. Ceci s'est traduit à l'OIM Berne par une centralisation et accélération des évaluations médicales; la création d'une personne de référence pour les retours médicaux; des réattributions internes; l'utilisation d'escortes spécialisées (en toxicomanie; oncologie; réanimation, etc.); des efforts de rapprochement avec le corps médical en Suisse ; l'amélioration de documents opérationnels; en 2020 l'adaptation aux mesures spéciales Covid-19, entre autres.

Rappelons enfin que SIM doit prêter assistance à des personnes vulnérables en termes d'âge, de genre, de niveau de vie, de santé, d'autonomie, et autres. Le facteur médical n'est donc pas traité en isolation, mais s'insère dans une approche multidisciplinaire, traitée en grande partie par du personnel non-médical. Si ce survol statistique ne nous apporte pas toutes les réponses, il nous permet cependant de quantifier certains aspects importants, et d'en tirer

Going Home

Aide au retour : un changement de perspective

des enseignements pour l'amélioration continue de nos opérations.

Retour des personnes présentant des problèmes médicaux : la pratique de l'OIM

Tamara Berberovic, OIM, Division Migration et santé

Dans toutes ses activités, l'OIM s'efforce de gérer les mouvements migratoires de manière ordonnée et conforme à la dignité humaine. Dans le contexte migratoire, il est fréquent de parler d'individus ou de groupes qui sont à la recherche de présumées meilleures conditions de vie à l'étranger. Malheureusement, la réalité ne répond que rarement aux attentes et le processus migratoire ne se déroule pas toujours comme prévu. Pour cette raison, de nombreuses personnes retournent dans leur pays d'origine. Pour beaucoup d'entre elles, ce retour est associé à une dégradation de leur état de santé. Le nombre de migrant-es qui connaissent des besoins médicaux particuliers est en hausse,¹ cette augmentation s'expliquant, d'une part, par un meilleur dépistage de migrant-es souffrant de problèmes de santé et, d'autre part, par les difficultés rencontrées lors de l'intégration socio-économique et les mauvaises conditions de vie dans le pays hôte.

Le concept d'aide au retour volontaire et à la réintégration peut être divisé schématiquement en quatre phases : la préparation, le retour proprement dit (éventuels séjours transitoires inclus), l'arrivée dans le pays d'origine et, finalement, l'aide à la réintégration. Ces phases s'appliquent également aux migrant-es qui présentent des problèmes de santé spécifiques. Pour chacune d'entre elles, une approche ad hoc s'impose, dans la mesure où les migrant-es qui souffrent d'une maladie ou d'un handicap présentent un risque élevé de complications médicales. Aussi l'OIM a-t-il développé, en conformité avec les prescriptions internationales en matière de santé (2005), une approche standard pour évaluer les risques de santé dans le cadre d'un retour volontaire. Lors de la première étape du processus de retour, les migrant-es sont invité-es à signer une déclaration de consentement concernant la divulgation d'informations médicales

¹ La proportion de migrants dans le monde qui retournent volontairement dans leur pays et qui se trouvent dans une situation de précarité est passée de 5 % en 2017 à 7 % en 2018.

confidentielles². Sans le consentement du migrant ou de la migrante, le processus est interrompu. Par ailleurs, une attestation médicale doit confirmer que le candidat ou la candidate au retour dispose des capacités mentales nécessaires pour comprendre et prendre une décision de retour dûment motivée³.

Ensuite, l'état de santé de la personne concernée fait l'objet d'un examen clinique. Le médecin traitant résume les informations médicales sur le formulaire ATF. Celui-ci contient une brève anamnèse, un aperçu des symptômes et diagnostics actuels ainsi qu'une appréciation concernant un éventuel impact de la maladie sur le retour. À cet égard, une attention particulière est portée aux troubles psychiques, à la consommation de stupéfiants et aux addictions. Si l'état de santé n'est pas stable, il est fort probable que les symptômes se manifestent lors du voyage et représentent un risque non seulement pour le ou la bénéficiaire, mais aussi pour les autres personnes à bord.

Durant le vol, les dispositions de l'OIM en matière de voyages doivent être conformes au manuel médical de l'Association du transport aérien international (IATA), qui est valable pour tous les passagers et passagères. L'appréciation des besoins individuels de santé revêt une grande importance en vue d'identifier les problèmes et antécédents médicaux de la personne concernée susceptibles d'influer sur le retour (état général, maladie ou handicap pouvant avoir un impact lors du voyage). Outre l'état de santé, la longueur du voyage, la pressurisation de la cabine, la position assise prolongée et la durée des transits sont autant de facteurs à prendre en considération pour garantir un retour dans de bonnes conditions. La capacité à voyager dépend également des dispositions prises en vue d'assurer une aide appropriée au voyage (chaise roulante, accompagnement médical, oxygène médical à bord, voyage sur un brancard, hospitalisation immédiatement après le voyage, etc.). Par ailleurs, les migrant-es doivent être muni-es de médicaments en quantité suffisante afin que leurs besoins soient

² En conformité avec les directives de l'OIM en matière de protection des données.

³ Dans certains pays, cette attestation est délivrée directement par les médecins de l'OIM, dans d'autres, par des professionnels du système de santé local.

Going Home

Aide au retour : un changement de perspective

couverts durant la période suivant leur arrivée dans le pays d'origine ; la disponibilité de ces produits doit toujours être examinée au cas par cas avant le voyage de retour. La poursuite du traitement et l'approvisionnement en médicaments dans le pays d'origine revêtent une grande importance pour le migrant ou la migrante et facilitent sa réintégration. Le retour des migrants qui souffrent de problèmes de santé ne se limite donc pas au bon déroulement du voyage. Il s'agit de faire de la migration une expérience circulaire qui permette de réduire les risques de santé lors du retour et de contribuer ainsi à une réintégration durable dans le pays d'origine.

2. Echos des CVR

Impressions du Tessin

Mirka Studer, CVR Ticino

È inutile negarlo: i casi di persone con uno stato di salute precario che vogliono tornare al loro paese sono aumentati nell'ultimo periodo.

Per poter svolgere il lavoro nel modo migliore bisogna perciò attivare tutte le risorse di cui disponiamo, come il sostegno di IOM nell'organizzazione del ritorno. Questo comporta l'uso del "famigerato ATF". Lo chiamo famigerato perché quando ho sfogliato l'ultima versione che ci è stata fornita, mi sono chiesta: "Ma i medici, vendendosi recapitare questo formulario, come reagiranno?". Quest'ultima versione infatti sembra avere mille pagine e altrettante domande...

Come prima cosa l'ho inviato ai colleghi infermieri che lavorano presso il Servizio Sanitario di Croce Rossa (servizio che si occupa della salute dei richiedenti l'asilo all'interno dei centri collettivi) per chiederne la loro opinione, e questo è quanto mi è stato risposto:

"Buongiorno Mirka!

Grazie mille. Indubbiamente la compilazione elettronica faciliterà parecchio le cose, anche se dovendo firmare manualmente poi bisogna sempre fare un passaggio via scan. Comunque, in linea di massima, questo formulario ATF mi sembra molto chiaro e ben strutturato, più immediato e forse più

semplice da compilare. C'è anche un tentativo di semplificare il testo, mi pare di notare... Ho visto poi le migliori nella sezione legata alle dipendenze, che spesso e volentieri è quella più problematica.

Dunque direi ottimo, nel complesso..!

Un caro saluto e buon lavoro

F. (Responsabile del Servizio Sanitario di Croce Rossa)"

Questo commento mi ha rassicurata un po'.

A dicembre 2019 ho seguito due casi di persone vittime di reato LAVI, entrambe con problemi di salute. Ho quindi spedito il formulario ATF alla dottoressa che le aveva in cura. È importante menzionare che non avevo mai visto né sentito questa dottoressa, e non era perciò scontato che desse seguito alle mie richieste.

Con mio stupore, il formulario è stato riempito senza nessuna reazione, come se fosse una prassi normale. Quando l'ho potuta incontrare, le ho chiesto se avesse trovato il formulario ATF complesso o pesante. La sua risposta è stata negativa, anzi: ho l'impressione che l'abbia trovato del tutto normale.

Ma allora questo formulario, che inizialmente sembrava temuto e addirittura rifiutato da alcuni, forse non è così terribile come mi era parso in un primo momento.

Perché in Ticino non sembrano esserci obiezioni alla compilazione dell'ultima versione del formulario ATF?

Ecco, secondo me, le risposte possibili:

- sostegno al Servizio di Consulenza alla Partenza da parte dell'equipe infermieristica, preparata e disponibile a mediare con i medici per poter svolgere i rientri nel modo migliore;
- in Ticino è presente un Centro Federale Asilo, perciò il personale della SEM informa costantemente i medici presenti sul territorio riguardo alle procedure da effettuare (compresa quella dei formulari da compilare) per poter organizzare i rientri e rimpatri nel modo più efficiente.

Malgrado fossi inizialmente preoccupata a causa le possibili reazioni dei medici e dal lavoro di

Going Home

Aide au retour : un changement de perspective

convincimento e spiegazione che avrei dovuto elargire per ottenere le informazioni necessarie per svolgere il lavoro nel modo migliore, posso dire (per ora): viva il formulario ATF!

Impressions de Genève - Le défi géorgien *Sabrina Diaz, CVR Genève*

Au courant de l'année 2019, notre CVR a suivi plusieurs dossiers de requérantes d'asile originaires de Géorgie. Dans ce cadre, les défis rencontrés dans l'organisation des retours de personnes d'origine géorgienne relèvent principalement de la difficulté pour le CVR à obtenir et réunir des informations sur l'état de santé de la personne concernée et cela à différents niveaux.

L'une des principales caractéristiques et particularités est que la plupart des géorgiens arrivant en Suisse présentent une multitude de problèmes médicaux tant sur le plan physique que psychique. Cela implique la multiplication des examens médicaux mais aussi du nombre de spécialistes impliqués.

Malgré le fait que le bénéficiaire devrait avoir un médecin généraliste qui regroupe toutes ses informations, cela n'est pas toujours le cas dans la réalité. En effet, la communication entre les différents médecins ne passe pas toujours et le médecin généraliste ne peut pas toujours répondre aux questions posées dans les ATF de manière précise. Il faut dans ce cas aller chercher les réponses auprès des spécialistes. Ceci va indubitablement demander du temps supplémentaire pour obtenir la réponse voulue étant donné que l'on doit refaire le travail avec les autres médecins; sans compter que les délais de réponse ne sont souvent pas respectés.

Pour compliquer les choses, viennent souvent s'ajouter à cela des nouveaux problèmes médicaux ou examens qui surgissent pendant le processus et qui retardent l'organisation du retour. Dans ce cas, étant donné qu'il faut des données médicales à jour pour voyager, nous devons recommencer le processus. On se retrouve à devoir demander au même médecin (si c'est le même !) de remplir plusieurs fois l'ATF.

Une autre difficulté est liée à l'ambiguïté des bénéficiaires à vouloir réellement organiser leur retour autonome. En effet, il est probable qu'ils jouent souvent sur les aspects médicaux pour gagner du temps. Les médecins de leur côté ne comprennent pas toujours le rôle du CVR et peuvent montrer une réticence dans la démarche collaborante, ce qui empêche l'obtention des informations de manière facilitée. Les autorités, elles, mettent la pression pour qu'un départ se fasse le plus rapidement possible et dans un délai imparti.

Les intérêts ne sont pas les mêmes pour chacune et en tant que CVR nous nous retrouvons à jongler entre les différents acteurs pour organiser au mieux le retour volontaire.

Pour toutes ces raisons, la patience et l'endurance sont de mise pour l'organisation de ce type de retour qui prend généralement beaucoup de mois et d'énergie.

3. Le point de vue d'une bénéficiaire

Propos recueillis par entretien téléphonique le jeudi 26 novembre 2020

Il nous tenait à cœur dans cette publication d'avoir le point de vue des personnes les plus directement concernées par nos programmes. Madame M., qui est basée en Suisse, a accompagné sa mère pendant son retour vers l'Éthiopie, en compagnie d'un médecin engagé par l'OIM. Elle a partagé ses impressions avec Rahul Comberous dans le cadre d'un entretien téléphonique. Pour des raisons de santé et de langue commune, la mère n'a pas pu répondre directement à nos questions, mais sa fille, étant régulièrement en contact avec elle, a pu nous donner de précieuses informations.

Pourriez-vous nous dire les étapes qui ont mené à la décision de retour volontaire de votre mère en Éthiopie ?

Madame M. : Ma mère est venue en 2015 en Suisse dans le cadre d'une visite familiale. Elle souffrait

Going Home

Aide au retour : un changement de perspective

déjà de problèmes de santé à l'époque. Elle s'est rendue au Centre d'enregistrement et de procédure à Chiasso (CEP)⁴, où elle a déposé une demande d'asile. Cette demande d'asile a été refusée. Nous avons tenté durant 3 ans de faire recours à cette décision et dépensé une somme importante en frais d'avocat ; en frais de loyer pour ma mère ; et en frais médicaux. Ma mère se sentait de moins en moins motivée à demeurer en Suisse au fil du temps. Elle ne sortait pas de la maison, et semblait très déprimée. Lorsque nous avons épuisé le dernier recours contre la décision négative, la situation était devenue pesante pour elle et pour nous. Elle ne souhaitait plus rester en Suisse. Nous avons donc fait des démarches auprès du Conseil en Vue du Retour du Canton de Vaud.

Comment s'est déroulé le Conseil en Vue du Retour? Avez-vous été informée et rendue attentive au processus du retour et l'aspect médical?

Le Conseiller en Vue du Retour a toujours été très gentil avec nous, et attentif à notre demande. Il nous a fourni beaucoup de conseils. Au départ, l'état de santé de ma mère leur a paru très préoccupant et ils nous ont demandé de bien réfléchir à la décision. Nous avons aussi compris que l'assistance après le retour permettrait à ma mère de vivre dans des conditions correctes après le retour au pays, notamment avec la prise en charge de médicaments et d'équipement médical.

Le CVR vous a-t-il expliqué pourquoi un accompagnement médical serait nécessaire ?

Oui. Ma mère était opposée à retourner avec un médecin. Mais nous en avons discuté et conclu que c'était important d'être attentif à son état de santé au cours du voyage, particulièrement comme elle devait utiliser de l'oxygène au quotidien. Il était clair pour nous que je devais aussi l'accompagner, puisque je pourrais l'aider à s'installer et m'occuper d'elle durant et après le voyage de retour.

Vous êtes-vous sentis rassurés par la présence et l'accompagnement d'un médecin ?

Le docteur a été très gentil et nous a beaucoup aidé.

⁴ Maintenant, centre fédéral pour requérants d'asile (CFA)

Comme il vient de la même région en Ethiopie, ma mère était rassurée de parler avec lui – en arabe – et nous nous sommes sentis très bien soutenus durant tout le trajet. Nous avons déjà reçu les instructions concernant le départ, le transit, l'arrivée, et les diverses formalités. Le médecin nous a accompagné jusqu'à Jijiga et a vérifié que tout se passait bien. Il a pris congé de nous après l'arrivée à Jijiga comme prévu.

Vous êtes-vous sentis traités différemment par le personnel au sol, dans les vols, lors de l'arrivée au pays, en raison du fait d'être accompagnés par un médecin ?

Non, nous avons seulement eu quelques soucis lors du départ à Genève – le personnel de l'aéroport ne voulait pas nous faire passer par la porte réservée aux chaises roulantes et voulait nous faire passer à travers le portillon normal. Le docteur et aussi le personnel de l'assistance à l'aéroport nous ont aidés à expliquer que ma mère était confinée à la chaise roulante, malade, et ne pouvait pas marcher. Après cela, nous avons pu continuer comme prévu. Dans l'avion, lors du transit et de l'arrivée à Addis Ababa ainsi qu'à Jijiga, nous avons été bien traités par tout le monde, y compris le personnel de la compagnie aérienne, la police des frontières, etc.

Dans quel état d'esprit se trouvait votre mère lors du vol de retour ?

Elle était contente, souriante, se réjouissait de son retour. Arriver au pays et voir le soleil lui ont fait du bien. Elle était dans un esprit très positif.

Que pensez-vous en général de cette décision de retour ?

Ma mère est bien réinstallée au pays, comme elle le souhaitait. Elle se trouve en meilleure situation aujourd'hui, et beaucoup plus heureuse qu'auparavant. Je pense, et elle pense aussi, que c'était une bonne décision.

Quel serait votre conseil pour les personnes retournant au pays ?

Lorsqu'une personne malade retourne au pays, il faut rappeler parfois aux gens dans les aéroports que ce sont des personnes qui ont besoin d'assistance, et de

Going Home

Aide au retour : un changement de perspective

les traiter avec attention et égards. C'est important qu'ils soient pris en charge et que quelqu'un soit là pour les aider en cas de besoin. Particulièrement quand la personne est en chaise roulante.

Quelle est la situation actuelle de votre mère en Ethiopie ?

Je lui parle régulièrement au téléphone. Elle va bien, elle se trouve entourée de membres de la famille, elle a accès aux soins médicaux et à l'équipement médical dont elle a besoin, elle va vraiment très bien. Ce qui me fait souci, c'est que certains médicaments dont elle a besoin ne sont pas disponibles en Ethiopie. Seuls six mois de médicaments ont été pris en charge. J'ai donc dû payer pour encore six mois de médicaments car elle en aura besoin encore pour une année. Les autres médicaments pris en charge pour seulement trois mois sont disponibles, eux, en Ethiopie.

NOTE OIM : de plus, le Canton a pris en charge l'achat d'un concentrateur d'oxygène portable, et le SEM a financé l'achat d'un second appareil de ce type qui a été acheté sur place en Ethiopie.

Que pensez-vous du retour en temps de Coronavirus? Quel effet cela vous a-t-il fait ?

Nous n'avons pas éprouvé de problèmes particuliers à cet égard. Nous avons rempli toutes les démarches nécessaires (test PCR ; masques, et autres consignes de la compagnie aérienne et des autorités dans le pays de retour). Le coronavirus semble ne pas exister en Ethiopie, je ne me suis pas senti menacé par cela. Toutefois, nous avons été très prudentes, car nous savons que ce virus est dangereux, et, naturellement, nous ne voulons pas être infectées par d'autres personnes (passagers dans l'avion ou dans l'aéroport). Mais tout s'est passé sans problème.

4. Retours de personnes ayant des troubles psychiques

Facteurs psychiatriques

Guglielmo Schininà, responsable de la santé mentale, du soutien psychosocial et de la communication interculturelle à l'OIM

Pour les migrantes, le retour au pays, même s'il est volontaire, représente un défi de taille sur le plan psychique. Pour beaucoup, ce retour marque la fin de leur projet de migration initial et peut être source de honte, de tristesse, de frustration ou de culpabilité. En même temps, la perspective de retrouver bientôt sa famille et ses amis provoque un soulagement et suscite des sentiments de joie et de sécurité qui peuvent compenser, au moins partiellement, les aspects négatifs du retour. Souvent, le migrant ou la migrante développe des sentiments qui sont à la fois positifs et négatifs ou alternent plus ou moins fortement durant le retour. De ce fait, les bénéficiaires se trouvent dans un état de tension psychologique, lequel peut avoir des répercussions sur leur engagement dans le cadre du programme de retour volontaire et de réintégration. L'alternance des sentiments positifs et négatifs peut se modifier une fois que la personne concernée est arrivée dans son pays d'origine. Les réactions positives des personnes de référence et le fait de revenir au pays avec une aide à la réintégration, et non les mains vides, peuvent atténuer d'éventuels sentiments de honte. À l'inverse, l'enthousiasme lié au retour peut faire place à la frustration lorsque les souvenirs du passé se heurtent à la réalité du moment présent. C'est pourquoi il importe de reconnaître et de comprendre la complexité de l'expérience psychologique que représente le retour, sans pour autant vouloir la pathologiser. Ces sentiments et ces réactions sont normaux et prévisibles, et ils ne doivent pas être interprétés comme autant d'indices de problèmes psychiques.

Il en va autrement s'agissant du retour de migrantes atteintes de graves maladies psychiques, c'est-à-dire des personnes pour lesquelles un psychiatre a diagnostiqué une maladie psychique, à savoir une combinaison de symptômes aigus d'une certaine

Going Home

Aide au retour : un changement de perspective

durée et intensité qui entravent sensiblement le quotidien de l'intéressé.e. Entre 2 et 3 % de la population mondiale, tous pays confondus, souffre d'une maladie psychique lourde, la dépression, l'anxiété et les psychoses étant les troubles les plus fréquents. Les études scientifiques sur les risques potentiels que courent les migrant-es, les réfugié-es et les requérant-es d'asile de développer des troubles psychiques ne fournissent pas de résultats clairs, étant donné que ces risques varient en fonction du contexte et de la population examinée. Elles révèlent toutefois que les troubles post-traumatiques sont plus marqués chez les réfugié-es et les victimes de traite des êtres humains que parmi les groupes de population qui ne sont pas issus de la migration, cet écart demeurant toutefois infime. Les dépressions et les troubles anxieux sont les maladies psychiques les plus fréquentes parmi les migrant-es, comme parmi les autres groupes de population. Certains événements qui surviennent lors de la phase précédant le retour, tels que l'isolement social ou l'incarcération, entravent manifestement la santé psychique des personnes souhaitant retourner dans leur pays d'origine. Cependant, les effets du retour sur la prévalence des troubles psychiques n'ont à ce jour pas été suffisamment étudiés. Par conséquent, il n'est pas possible, pour l'heure, de tirer des conclusions ou de procéder à des généralisations concernant les liens entre la migration de retour et la santé psychique d'une personne. C'est souvent une combinaison unique de vulnérabilités préexistantes, du parcours migratoire, des circonstances actuelles et de l'accès (ou du manque d'accès) à des services de soin qui détermine si tel(le) migrant(e) est enclin(e) à développer ou non un trouble psychique.

Il peut néanmoins arriver que des migrant-es souffrant de troubles psychiques souhaitent retourner dans leur pays d'origine. Le programme de retour volontaire et de réintégration doit alors prévoir des conditions et dispositions spéciales pour conseiller ces personnes. Les troubles psychiques peuvent notamment réduire la capacité de discernement d'une personne. Cette situation se présente rarement, est plus rarement encore durable et est souvent directement liée à une phase spécifique de la maladie. Dans de tels cas, il est souhaitable qu'un ou une spécialiste en psychiatrie

évalue la capacité de discernement de l'intéressé.e à l'aune de la législation suisse pertinente. L'octroi de l'aide au retour implique en effet que le migrant ou la migrante soit capable de signer à dessein la déclaration confirmant sa volonté de retourner dans son pays. Il s'agit d'une condition sine qua non pour participer au programme. Cependant, la plupart des migrant-es souffrant de troubles psychiques graves sont tout à fait capables de discernement et à même de prendre des décisions de vie. Le trouble psychique influence néanmoins la manière dont la personne interagit avec son entourage, prend des décisions et planifie son avenir. Il importe donc que les conseillers et conseillères en vue du retour sachent comment communiquer avec les personnes qui souffrent des troubles psychiques les plus fréquents, afin de prévenir une éventuelle détérioration de la santé de leur interlocuteur et de faciliter le processus de conseil au retour. À cette fin, l'OIM a mis au point un certain nombre d'outils pour la communication avec les personnes souffrant de dépressions, de troubles post-traumatiques ou d'une maladie psychotique. Ces outils peuvent être consultés sur les liens suivants :

<https://publications.iom.int/books/reintegration-counselling-psychosocial-approach>

<https://publications.iom.int/books/psychosocial-approach-reintegration-counselling>

<https://iraq.iom.int/publications/internal-guidelines-remote-mhpss-working-modalities-0>

<https://publications.iom.int/books/manual-community-based-mental-health-and-psychosocial-support-emergencies-and-displacement> (chapitres 13 et 14)

Outre une communication appropriée, la continuité de l'encadrement revêt une grande importance. Les bureaux de l'OIM doivent collecter des informations afin de savoir si une personne sera en mesure d'obtenir un traitement adéquat dans son pays d'origine et en parler avec elle. Une décision définitive concernant le retour ne peut être rendue qu'une fois ces points clarifiés. Dans certaines circonstances, la poursuite du traitement selon des standards similaires est primordiale et constitue une condition impérative au retour, et ce, indépendamment de la volonté actuelle de la personne de rentrer au pays.

Going Home

Aide au retour : un changement de perspective

Enfin, il faudrait que le programme de réintégration tienne compte de l'état psychique de la personne concernée. Cependant, cette démarche ne doit pas viser seulement à établir les coûts du traitement et à définir le rôle de la famille et de l'État pour protéger et encadrer la personne. Les mesures de réintégration doivent également être adaptées à la résilience de ladite personne. Il peut arriver que le pays de retour ne dispose que d'un système de santé peu performant dans le domaine psychiatrique. Des investissements dans l'amélioration des capacités en soins psychiatriques constituent alors un complément important au retour et à la réintégration de personnes atteintes de troubles psychiatriques. Le nouveau manuel de l'OIM sur l'aide au retour, qui peut être téléchargé sur le lien ci-dessous, indique à cet égard des pistes à suivre.

<https://publications.iom.int/books/reintegration-handbook-practical-guidance-design-implementation-and-monitoring-reintegration>

Récit d'Argovie

Béatrice Zaradez, CVR Argovie

Retour volontaire et maladies psychiques, les défis de l'aide au retour

Appréhender les problèmes psychiques des personnes voulant retourner dans leur pays d'origine constitue l'un des défis considérables en matière d'entretiens et de préparation au retour. Lorsqu'aucun trouble psychique n'a été décelé durant la période précédant la décision du retour ou le premier entretien, il est parfois difficile de comprendre et de saisir l'état dans lequel une personne se trouve. La tristesse, la peur et les doutes sont une réalité constante dans les entretiens. La barrière entre état d'âme et maladie psychique semble fine. Le passage de l'un à l'autre peut se produire suite à un déclencheur ou se développe parfois pendant des mois et des années. La personne est-elle déprimée à cause de son statut en Suisse, de son parcours et de son vécu? A-t-elle des troubles post-traumatiques? Sommes-nous en face d'une personne souffrant d'une maladie psychique sous-jacente? Dans ce récit, je vous parlerai d'un Éthiopien d'une trentaine d'année, sans problèmes médicaux particuliers, qui

avait décidé de rentrer chez lui.

« Mes vêtements reflètent l'état dans lequel je me trouve »

Monsieur A. avait décidé de retourner en Éthiopie. Seule sa mère en était originaire, lui-même avait grandi dans un camp de réfugiés d'un pays voisin. Il avait été difficile de trouver des preuves de son origine et de ce fait, cela avait pris plusieurs mois pour que ses documents de voyage puissent être établis. Ces mois durant, il avait maigri, ses vêtements étaient devenus des haillons qu'il refusait de changer, alors même qu'il avait reçu des habits neufs. « Ma tenue est le reflet de l'état dans lequel je me trouve. Une fois rentré, je porterai mes habits neufs », me disait-il. En attendant son départ, il me semblait essentiel de suivre son état par le biais d'entretiens réguliers. Il était déprimé de ne pouvoir rentrer, mais avait des discours clairs et me parlait de ses projets futurs en Éthiopie avec entrain et grands espoirs, refusant toutefois l'aide proposée pour retrouver sa famille.

Le retour : Le sentiment de pouvoir enfin être maître de son futur

Je savais qu'il dépérissait à rester ici. Nous l'aurions toutes et tous été dans une telle situation. J'avais prétexté un problème de peau afin de lui faire accepter un rendez-vous chez un médecin et d'obtenir par la suite un rapport médical. Le médecin a confirmé qu'il était apte à prendre une décision de manière réfléchie et qu'il pourrait rentrer seul. C'est également ce que M. A. voulait avec véhémence.

Il est délicat de forcer une personne à consulter un-e psychiatre ou un-e psychologue si elle ne sent pas malade. Ne pas reconnaître sa maladie ou ne pas se sentir malade est, par ailleurs, souvent lié à la maladie psychique elle-même. Par notre devoir de responsabilité vis-à-vis de la personne mais également de l'OIM, du SEM et des compagnies aériennes, nous nous devons, en cas de doutes, de solliciter une consultation médicale et/ou d'organiser un accompagnement durant le vol. Toutefois, si la personne le refuse, si elle nous semble à même d'effectuer ce retour seule, si aucun problème médical n'avait été signalé par les médecins, il est difficile et délicat d'aller à l'encontre

Going Home

Aide au retour : un changement de perspective

de sa volonté et la respecter constitue également une part de notre devoir.

Décompensation psychique et réinsertion psychosociale

Monsieur A. est rentré en Éthiopie. Il s'est présenté à l'OIM Addis-Abeba, après avoir sillonné le pays sans succès à la recherche de sa famille. Il souffrait de malnutrition. Vu son état, il a été décidé par l'OIM de le confier immédiatement à une institution caritative pour ses premiers besoins. Selon les rapports médicaux obtenus par l'OIM sur place, il aurait subi une décompensation psychique importante requérant l'internement en milieu psychiatrique et de nombreux mois de suivi occasionnant des frais importants.

Aurions-nous dû voir les signaux précurseurs de cet état ? Sont-ils réellement visibles lors des entretiens ? Le vécu des personnes durant leur voyage jusqu'au pays d'accueil, la solitude, une décision négative en matière d'asile, l'attente, qu'elle soit pour la décision, pour les documents de voyages ou le retour même ont des conséquences sur la santé mentale. Nous l'observons quotidiennement dans les entretiens. Ce „stress“ n'est pas toujours visible de suite, mais peut prendre une ampleur considérable après un événement significatif comme l'est l'arrivée dans le pays d'accueil ou le retour dans le pays d'origine.

Les observations quant à l'état de santé psychique d'une personne peuvent uniquement résulter d'un suivi rapproché par le personnel dans les structures d'hébergements pour demandeurs et demandeuses d'asile et non pas au travers d'entretiens hebdomadaires au CVR. Il paraît essentiel que les maladies et/ ou traumatismes puissent être identifiés lors de l'arrivée en Suisse, notamment au travers d'instruments de „screening“ pour le personnel en charge des migrantes ou au travers d'offres en matière d'accompagnement et de suivi psychosocial dans la langue du migrant ou de la migrante, ceci indépendamment du fait que l'intéressé-e soit dans une procédure d'intégration ou de retour⁵.

⁵ Dans le Canton d'Argovie, l'association Paxion veut mettre en place pour 2022 un projet de soutien psychosocial dispensé par les réfugiés pour les réfugiés (<https://www.paxion.ch/fr/>)

Il serait également nécessaire de mettre le point fort sur l'accueil lors du retour, que la personne ait été accompagnée durant le vol ou non, avec un diagnostic pré-départ ou sans, afin qu'elle puisse avoir un soutien adapté pour reprendre pied dans le pays d'origine. Il faudrait promouvoir des possibilités pour la réintégration psychosociale des personnes en développant, dans des pays cibles, des échanges et conseils avec des professionnel-le-s de la santé ou du social. L'objectif serait d'éviter des situations de „décompensation psychique“ comme cela a été le cas pour M. A.

Il faut repenser la base du retour dans le pays avec un suivi adapté à la personne, par le biais d'un soutien à l'arrivée. Ce soutien devrait être mis en place pour les personnes atteintes de troubles psychiques ou pour des personnes qui ont peut-être besoin d'échanger, de parler avec d'autres personnes de leur vécu. La stabilité psychique et le soutien psychosocial d'une personne lors de son retour sont les prémices pour une réussite professionnelle et personnelle dans le long terme et dans le pays d'origine.

M. A. va mieux. Il a reçu le soutien médical nécessaire au travers de l'IOM afin de reprendre racine chez lui. Il va pouvoir mettre en œuvre son projet professionnel avec l'aide promulguée par le SEM.

Écho de Zurich

Deborah Homberger, CVR de Zurich

Monsieur S. s'est rendu l'année dernière dans notre service-conseils en vue du retour, à Zurich, avec trois de ses amis. Il m'a alors fait part de son souhait de retourner en Somalie. En général, nous pouvons dire dès la première rencontre si l'organisation du départ sera simple, compliquée, voire impossible. Le cas de Monsieur S. m'a paru des plus complexes, car malgré le soutien actif que nous apportons, nous devons pouvoir compter sur une certaine autonomie de la part de notre interlocuteur ou de notre interlocutrice. En l'occurrence, le fait que quelques-unes des personnes présentes étaient alcoolisées ne laissait rien présager de bon. Après la séance, le groupe a quitté le bureau avec l'air satisfait. Je ne suis pas sûr de revoir Monsieur S. Va-t-il persister dans sa volonté de rentrer au pays ? Parviendra-t-il à surmonter pas

Going Home

Aide au retour : un changement de perspective

à pas, avec notre aide, les obstacles qui se dressent devant lui ?

Il arrive fréquemment que des personnes expriment spontanément le désir de retourner dans leur pays d'origine du fait des difficultés qu'elles rencontrent dans leur vie quotidienne. Nous prenons le temps d'étudier le dossier et de demander des renseignements. L'empathie, la confiance mutuelle et la transparence contribuent sensiblement au succès de notre mission, notamment lorsque nous avons affaire à des personnes souffrant de problèmes psychiques. L'existence ou l'absence de ressources (famille dans le pays d'origine, environnement social en Suisse, personnes de référence, personnes chargées de l'encadrement, psychiatres, médecins, conditions de logement et de vie, etc.) et les mécanismes d'ajustement jouent également un rôle important. À cet égard, nous sommes malheureusement souvent confrontées au problème d'addiction(s) (alcool, drogue, médicaments, etc.).

Dans le cas de Monsieur S, le diagnostic est alarmant: schizophrénie paranoïde et troubles psychiques et comportementaux dus à la consommation d'alcool et de cocaïne. Il a également commis des délits. Le personnel chargé de l'encadrement, le psychiatre et le médecin traitant ont néanmoins travaillé de manière constructive avec nous et Monsieur S. a toujours renouvelé son souhait de rentrer au pays ; de quoi se montrer un peu optimiste dans le pire des scénarios. L'organisation du retour prend beaucoup de temps, ce qui met à rude épreuve la patience du client. L'obtention des documents de voyage représente un réel défi : Monsieur S. doit se présenter personnellement auprès de son ambassade à Genève et il n'est pas possible de financer son accompagnement par une personne de confiance.

Deux mois se sont écoulés depuis la première rencontre. Notre loge d'entrée m'annonce que le client vient de s'y présenter et qu'il souhaite nous parler. Je me rends dans notre cabinet de consultation et j'y découvre Monsieur S. couché dans un coin. Il réagit à son nom, se lève et s'approche en me tendant fièrement son document de voyage.

Tout est prêt. Nous réservons un vol SIM. S'appuyant sur les recommandations du psychiatre, les médecins de l'OIM décident que Monsieur S. devra être accompagné par un professionnel de la santé tout au long du voyage. La veille du départ, un médecin de Nairobi atterrit à Zurich et rencontre le jour même Monsieur S. dans son logement. Le lendemain, il l'accompagne lors de son retour volontaire en Somalie. L'OIM nous informera par la suite que le retour s'est bien passé. Nous sommes soulagé-es et content-es pour Monsieur S.

5. Entretien avec Unisanté

Les soins pour les populations migrantes

Dans le cadre de la présente newsletter, nous souhaitons nous entretenir avec une institution spécialisée notamment dans les soins pour les populations migrantes, afin de mieux comprendre les spécificités du travail dans le domaine de la santé avec ce public-cible. Ainsi, nous avons sollicité le Centre Universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), qui bénéficie d'une importante expérience dans ce domaine et qui a accepté de nous recevoir, peu avant que les mesures d'urgences liées au coronavirus à l'échelle suisse ne soient décrétées.

Plus précisément, nous avons rencontré des représentants et cadres de l'Unité de Soins aux Migrants (USMi), qui fait partie du Département vulnérabilités et médecine sociale (DVMS) d'Unisanté. Cette unité fonctionne par le biais de plusieurs lignes d'actions. La première est infirmière, et prend en charge environ 70 % des consultations. Dans un deuxième temps, il y a une équipe composée de médecins internistes généralistes et de psychiatres qui intervient. Nous avons eu l'opportunité de rencontrer des représentants de ces deux lignes. Celles-ci sont encore soutenues par une équipe se concentrant sur les aspects administratifs. L'USMi fait également partie d'un réseau cantonal, qui s'appelle Réseau santé-migrants (Resami), composé d'environ 150 médecins, et collaborant étroitement avec le département de la santé et de

Going Home

Aide au retour : un changement de perspective

l'action sociale.

Le Professeur Patrick Bodenmann (médecin chef du département Vulnérabilités et médecine sociale) et la docteure Laure Jatton (médecin cheffe de clinique à l'Unité de soins aux Migrants), ainsi que le psychiatre Dr Javier Sanchis (médecin cadre à l'unité de soins aux Migrants) et l'infirmier Andrea Felappi (responsable soignant de l'Unité de Soins aux Migrants) ont reçu Matthieu Bulliard dans leurs locaux le 5 mars 2020.

Comment se passe la transmission des dossiers au sein de ce réseau cantonal?

Andrea Felappi : Nous travaillons étroitement avec l'Etablissement Vaudois d'accueil des Migrants (EVAM), qui se charge de l'hébergement de ces personnes. Lorsque les personnes arrivent dans le canton, elles sont convoquées pour une évaluation de santé, suite à laquelle des démarches peuvent être entreprises, comme des orientations vers d'autres structures, ou des nouvelles consultations chez nous, notamment pour le suivi des vaccins. Tout ça se fait notamment en collaboration avec les assistants-sociaux de l'EVAM. Le canton de Vaud a environ 5500 requérants d'asile, et on compte en moyenne deux consultations par année, donc environ 11000 visites par année.

Patrick Bodenmann : Il faut noter que la première année est essentielle pour tout ce qui concerne les activités de santé publique, notamment par rapport aux maladies infectieuses et tout le programme de vaccination. Donc le département de santé publique (Direction Générale de la Santé, DGS) nous demande d'être très attentifs durant cette première année.

Quels sont les aspects à prendre en compte dans le cadre du travail avec les requérants et requérantes d'asile, qui peuvent différer du travail avec d'autres populations ?

Javier Sanchis : La communication, c'est certain, représente un défi. Surtout dans le domaine de la santé, où les malentendus peuvent avoir des conséquences très graves, par exemple si l'on n'entreprend pas les mesures de prévention nécessaires, ou si l'on ne suit pas le traitement

comme il fallait. Donc nous travaillons avec des interprètes et aussi des médiateurs culturels ou interprètes communautaires, qui ne vont pas seulement traduire mais adapter les explications en fonction de la compréhension que chaque culture peut avoir. C'est essentiel pour la bonne collaboration entre les patients et les médecins.

Ce qui est également important, c'est la littératie en santé. Pour certains patients, la compréhension d'un traitement ou d'une ordonnance médicale n'est pas acquise. Il est important que les médecins s'assurent qu'il y ait cette compréhension de base, déjà avec la population suisse, mais peut être encore plus particulièrement avec cette population.

Ensuite, il y a encore les aspects culturels, qui sont aussi en partie liés aux questions linguistiques, mais vont plus loin. Par exemple, au sujet d'une personne qui a une boule à l'estomac, une gorge serrée, nous aurons l'impression que la personne est nerveuse, qu'il s'agit d'un problème psychique. Or, pour cette personne, vu qu'elle a des signaux dans le corps, ce sera considéré comme un problème physique. Ou il peut s'agir d'un problème magique, causé par un djinn, un mauvais œil ou un problème spirituel. Et donc cela aura aussi une grande incidence sur les attentes. Peut-être même qu'elles n'attendent pas une réponse d'un médecin, mais plutôt d'un imam, d'un curé ou autre. Donc l'aspect culturel est important.

Enfin, je dirais encore qu'il est important que le personnel médical soit sensible aux déterminants sociaux de la santé. Les questions de sécurité ou de logements peuvent avoir un impact direct sur la santé de ces personnes. Il est donc possible d'améliorer la santé de ces personnes en intervenant sur ces aspects.

Il faut aussi être conscient qu'il peut y avoir des malentendus, qui peuvent démarrer dès le début. Il faut prendre du temps pour bien amorcer la relation thérapeutique avec le patient. Car après, c'est beaucoup plus difficile à rattraper. Parfois, il peut même y avoir rupture de la relation, car le patient a perdu confiance. Dans ce cadre, on parle beaucoup de co-construction, en termes de représentation

Going Home

Aide au retour : un changement de perspective

culturelle. Par exemple, la représentation de la gravité peut beaucoup varier. D'ailleurs, à titre d'anecdote, des personnes qui venaient de certaines régions d'Afrique et qui avaient 40° de fièvre n'étaient pas inquiètes, car elles avaient l'habitude des fortes fièvres liées aux maladies comme la malaria. Par contre, un rhume et la toux peuvent faire terriblement peur.

PB : Ce que le Docteur Sanchis mentionne, c'est le modèle explicatif de la maladie selon le patient et la patiente. C'est ce qui a été décrit dans les années 70 par un anthropologue médical, et est extrêmement utile pour nous afin de savoir ce que la personne comprend, par quoi elle est inquiétée, quelles sont ses attentes précises, qu'est-ce qu'elle comprend de l'utilité du médicament, de la potentielle guérison, ou pas. Mais ça pourrait aussi être utile pour nous romands face à un patient tessinois ou suisse-allemand. C'est beaucoup plus large, mais s'applique notamment au travail avec les requérants.

Un exemple peut être trouvé pendant la guerre en Ex-Yougoslavie. De nombreux patients, sans vouloir généraliser, ne voyaient pas l'apport dans le système sanitaire, du médecin de première ligne, du médecin interniste généraliste, parce que pour certains, dans les régions d'où ils venaient, celui-ci était juste un donneur de bon pour aller chez le neurologue si on avait mal à la tête et le gastro-entérologue si on avait mal au ventre. Donc ils ne voyaient pas l'apport d'un système qui est centré sur les premières lignes en Suisse.

JS : D'ailleurs certains patients prenaient mal qu'on leur propose un suivi par un médecin généraliste en première ligne, car ils se disaient qu'on ne les prenait pas au sérieux, car ils n'avaient pas la même représentation du système de santé.

Est-ce que la santé mentale peut être particulièrement délicate, voire taboue ?

JS : La santé mentale est particulièrement complexe. Chez nous, l'évaluation de la santé mentale passe beaucoup par les consultations avec les psychiatres. Or, dans certains pays, ils ne savent pas ce qu'est la psychiatrie. Dans d'autres pays, il y a beaucoup de préjugés (il y en a aussi encore chez nous), ce qui

peut limiter l'accès à ce type de consultation. Mais cela va encore plus loin. Parler des émotions, comme nous le proposons, c'est tabou, c'est la honte. Pour des personnes de certains pays, la problématique psychiatrique peut prendre beaucoup de temps, jusqu'à pouvoir accéder vraiment à ce que ressent le patient. Il faut tout d'abord dépasser toutes ces différences et écarter toutes ces barrières. Si nous ajoutons que la personne peut ne pas être du tout consciente de sa pathologie, le traitement peut être grandement prolongé.

PB : La santé mentale, c'est notre problème numéro un. Ce ne sont pas les maladies infectieuses, ce ne sont pas les maladies métaboliques, elles sont aussi importantes, mais le problème numéro un, c'est la santé mentale. Donc c'est pour cette raison que nous avons un psychiatre transculturel, à terme deux. L'autre raison, c'est que nous avons une équipe qui est confrontée à 100% à ce que leur racontent les patients issus de l'asile, et souvent ce sont des histoires lourdes, difficiles. Le Docteur Sanchis a commencé son activité avec nous en coachant l'équipe infirmière, en l'entourant, pour éviter les épuisements, les burn-out, la fatigue compassionnelle. Javier s'occupe aussi des médecins, de façon à ce que nous ne nous épuisions pas.

Vous travaillez donc sur deux tableaux ?

JS : Exactement. Je dis toujours que pour bien prendre soin des patients, il faut prendre soin des professionnels.

Pour revenir à ce qui a été dit précédemment, quels sont les profils les plus fréquents que vous observez dans le cadre de votre travail ?

JS : En tout cas, en termes de santé mentale, je dirais qu'il s'agit principalement de deuils. Le deuil n'est pas une pathologie, mais c'est une souffrance, qui peut générer des difficultés.

Pour les pathologies psychiatriques, il s'agit surtout d'états anxieux, dépressifs et aussi les problématiques liées au trauma, assez variables. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est celui qui fait le plus la une, mais il y a d'autres

Going Home

Aide au retour : un changement de perspective

problématiques liées au trauma, comme par exemple la modification durable de personnalité après expérience de catastrophe, qui est beaucoup plus sournois et très présent. A mon avis, parfois même sous-diagnostiqué. On se focalise beaucoup sur les TSPT, mais je pense qu'il y a d'autres traumas, plus complexes, mais parfois aussi un peu plus compliqués à diagnostiquer. Ensuite, il y a aussi des cas de patients psychotiques et des situations d'abus de substances toxiques. Certaines personnes, la minorité, avaient déjà une consommation problématique avant leur départ, pour d'autres, elle est liée à la souffrance psychique qu'il y a et donc c'est aussi une manière d'anesthésier la souffrance. Et nous remarquons que si nous pouvons prendre en charge rapidement et créer une relation de confiance, nous pouvons beaucoup améliorer la prise en charge des personnes ayant une consommation problématique.

Donc il y a la santé mentale et les comportements à risque. Et nous savons que les populations dans l'asile sont à risque de prendre des risques, dans un contexte d'oisiveté, d'horizons non-définis, d'espoirs insatisfaits.

Laure Jaton : Et dans le contexte de la santé somatique, même si ce n'est pas toujours aussi clair de dissocier, il y a pas mal de pathologies métaboliques chroniques (diabète, hypertension, cholestérol), ce dont on souffre de plus en plus également ici. Et puis les maladies infectieuses sont quand même bel et bien là. En fonction de la prévalence dans le pays d'origine. Mais nous faisons beaucoup moins d'infectiologie que ce que l'on pourrait croire avant de connaître la population spécifique.

Dans le cadre de notre travail, nous sommes dépendants de la collaboration avec les médecins, à qui nous demandons notamment de remplir l'ATF. Quel est votre avis quant à ce document ?

LJ : En amont, avant de remplir le document, il y a quelque chose qui est important pour nous, pour le personnel soignant, c'est de savoir à quel point le retour est volontaire. Dans toutes les situations que j'ai vues, il y avait toujours une souffrance,

une anxiété et parfois des ambivalences quant à ce retour volontaire. Et tous ces sentiments, les patients nous les déposent, nous sommes leur personne de référence. Et donc nous, nous recevons tous ces éléments, nous composons avec, et nous remplissons le document dans ces conditions.

JS : L'ambivalence du retour au pays est toujours abordée. Surtout pour le migrant forcé (ndlr : pour Unisanté, le migrant forcé signifie toute personne qui doit quitter son pays, d'origine ou de dernière résidence, et qui passe donc fréquemment par la procédure de l'asile en Suisse).

LJ : Et encore plus pour le migrant forcé malade. Les gens ont simplement peur de ne pas pouvoir être en bonne santé.

Ensuite, il y a des dimensions de temporalité très concrètes qui sont problématiques. Pour remplir ce document, en accord avec mon métier et en lien avec mon obligation par rapport à mon patient, parfois je n'arrive pas à le faire dans le temps imparti. D'ici que les gens reçoivent le document et nous le transfèrent, nous avons parfois trois jours pour remplir un document, et avec la charge de travail que nous avons, c'est extrêmement difficile. Et nous avons toujours à cœur de le faire correctement. Surtout car ce travail a parfois des répercussions énormes sur la vie d'une personne, et nous demander de le faire dans un délai si court, c'est très dur pour nous.

Donc, je n'ai pas de problème à remplir ce document, mais c'est parfois ce qui est autour qui est compliqué.

PB : Il faut aussi inculquer que la certification médicale, c'est un acte médical en tant que tel et qu'il est vraiment important, notamment pour le futur de ces personnes. Donc c'est tout un enjeu de pouvoir inculquer ça. Car les médecins aiment beaucoup la clinique, mais beaucoup moins la paperasse.

JS : En plus, souvent, nous devons organiser des consultations avec des interprètes, et un entretien seul ne suffit pas. De manière très pragmatique, un entretien avec un interprète prend le double de

Going Home

Aide au retour : un changement de perspective

temps.

Et donc la réalité médicale ne correspond pas à la réalité administrative. Nous avons besoin de plus de temps pour bien faire notre travail. Soit pour que la personne reste et que nous puissions bien nous en occuper, soit pour qu'elle puisse partir, mais dans de bonnes conditions.

Y a-t-il des échanges avec des institutions dans les pays de retour ?

LJ : Nous n'avons pas de contact avec des institutions dans les pays de retour. Dans ce but, nous avons les bureaux d'aide au retour, avec qui nous collaborons et à qui nous donnons les informations, par exemple que la personne a besoin de tels médicaments ou d'un tel traitement. Et ensuite, en passant par l'OIM, ils collectent ces informations. Nous n'avons pas d'autres méthodes.

Impressum

Éditeur : SEM et OIM, Aide au retour
communication (RüKo)

Rédaction : Matthieu Bulliard, OIM
Délia Baumgartner, SEM

Collaboration : Pier Rossi-Longhi, IOM

Photos : © OIM, SEM

Layout : Christa Burger, SEM

Contact : SEM: 058 465 11 11
OIM: 031 350 82 11

E-Mail : info@sem.admin.ch
bern@iom.int

Internet : switzerland.iom.int
www.sem.admin.ch
www.youproject.ch

